فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة

د. مجدى محمد الدسوقى
كلية التربية النوعية – جامعة المنوفية

مقدمة :

تشكل وظيفة الجسم ومظهره جانباً مهماً من جوانب الحياة ، ويتمثل ذلك فى تفاعلات الآخرين أو ردود أفعالهم تجاه جسم أيٍ منا ، وكذلك عندما نتفاعل مع العالم الاجتماعى المحيط بنا (جاكسون Jackson ، ١٩٩٢ ، ص ٢٠١) .

ويعد مظهر الجسم من الأمور الرئيسة التى تشغل بال كثيرٍ من الناس ، ويظهر ذلك جلياً فى النظرة الخارجية التى تختص بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر ، والنظرة الداخلية التى تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التى تختص بالمظهر أو بما يبدو عليه الفرد فى الواقع . والنظرة الداخلية بمعناها الواسع هى ما أطلق عليه علماء النفس ما يسمى بصورة الجسم Body Image . والتمييز بين النظرة الداخلية والنظرة الخارجية يعتبر ذو أهمية بالغة لأننا لا نرى أنفسنا بالطريقة التى يرانا بها الآخرون (كاش Cash ، ١٩٩٠ ، ص ٥٩).

ومعظم التجارب أو الخبرات المتعلقة بالجسم بالنسبة لعدد كبير من الأفراد مملوءة أو مشحونة بالاستياء أو السخط وعدم الرضا والانشغال الزائد عن الحد أو المبالغ فيه الذى يشعر به الفرد ذاتياً ؛ لذلك يقوم هؤلاء الأفراد بمحاولات عديدة لتغيير مظهرهم ويعيشون فى نضال مستمر من أجل تحقيق هذا الهدف ، ومن ثم التعامل مع المشاعر أو العواطف السلبية الناتجة عن ذلك ، وكل هذه الجهود تسهم إلى حد كبير فى ظهور عدد من الاضطرابات النفسية .

وعندما يكون الجانب الجسدى الذى له علاقة باضطراب صورة الجسم شديداً أو قاسياً فإن الاضطراب يدخل فى دائرة ما يسمى بخواف العجز أو التشوه Dysmorphophobia (لاسى وبرتشنيل Lacey & Birtchnell ، ١٩٨٦ ، ص ٦٢٥) ، وهذا الكيان الكلينيكى أطلق عليه فى الآونة الأخيرة اضطراب تشوه الجسم Body Dysmorphic Disorder ، وهذا الاضطراب أدخل فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R) تحت نمط الاضطرابات من النوع المتعلق بالشكل الجسمى Somatoform Disorder ، ويعتمد الباحث فى تشخيص هذا الاضطراب على محكات

للدليل التشخيصي والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV).

الإطار النظرى :

يعتبر اضطراب تشوه الجسم اضطراب آخر لصورة الجسم يتكون من انشغال زائد عن الحد بعيب تخيلى أو مبالغ فيه فى المظهر الجسمى (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ، ص ٢٥٦) .

ومن الأمور التى تسبب الحيرة أو الارتباك بشأن التشخيص هى الصعوبة فى التمييز بين الحالة النفسية المرضية أو السيكوباثولوجية وبين الانشغالات العادية أو الطبيعية بشأن المظهر ، ولهذه الأسباب أضاف الدليل التشخيصي والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) محكاً يقضى بأن انشغال البال يجب أن يكون حاداً أو شديداً بما يكفى أن يسبب خلل وظيفى (ماك إيلروى وآخرون McElroy et al. ، ١٩٩٣ ، ص ٣٩١)

وينمو اضطراب صورة الجسم من خلال مجموعة من الاستعدادات البيولوجية، وكذلك من خلال خبرات الطفولة المبكرة التى تشتمل بدورها على عوامل عامة تحدث استعداداً مسبقاً لدى الفرد نحو التقدير المنخفض للذات ، كما أن رفض الحبيب للجانبية الجسدية أثناء مرحلة المراهقة يلعب دوراً مهماً فى إحداث هذا الاضطراب ، ويحدث الدافع البيولوجى المتزايد نحو الناحية الجمالية فيما يتعلق بالتناسق فى مظهر الفرد استعداداً مسبقاً ومتزايداً يؤدى إلى اضطراب صورة الجسم ، كما تؤدى التعليقات أو المضايقات من جانب الآخرين أثناء مرحلة المراهقة إلى المزيد من الأعراض المرضية ، وبمجرد أن ينشأ الاضطراب يصبح الفرد مدركاً بدرجة عالية جداً لأى تغييرات طفيفة تحدث فى مظهره (هاورث – هوبنر Haworth – Hoeppner ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٢١٤ – ٢١٥).

ويقارن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب صورة جسمهم المدركة بنموذج مثالى أو كمالى يصعب تحقيقه ولكنهم يتطلعون إليه دائماً ، والتفاوت أو التباين الكبير بين صورة الجسم المدركة وبين الهدف غير الواقعى يرتبط بالمحنة الانفعالية التى تدفع هؤلاء الأفراد إلى أن يتجاهلوا أو يشوهوا المعلومات التى لا تتناسب أو لا تتمشى مع معتقداتهم (باديسكى Padesky ، ١٩٩٤ ، ص ٢٦٩) . والخاصية الأساسية لهذا الاضطراب هى وجود نفور شخصى أو ذاتى لدى الفرد لجزء معين من جسمه قد يبدو عادياً أو طبيعياً للملاحَظ أو لمن يلاحظه .

ومن الناحية التاريخية فقد اهتمت البحوث بفحص صورة الجسم والاضطرابات النفسية

المصاحبة لها لدى عينات سكانية تعانى من اضطرابات الأكل إلا أن الغالبية العظمى من البحوث الحديثة التى أجريت فى هذا الصدد اعتمدت على عينات سكانية غير إكلينيكية (تومسون وآخرون Thompson et al. ، ١٩٩٠ ، ص ٢٣) .

وتوصل عدد من الباحثين إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم يشعرون بمجموعة مختلطة من الانفعالات التى ربما يجدون صعوبة فى الإفصاح عنها وتوضيحها ، وتتمثل هذه الانفعالات فى الشعور بالاشمئزاز من صورة الجسم ، ويزداد هذا الشعور حينما يتعرضون لإشارات أو دلائل ترتبط بالعيب المدرك ، وكذلك الشعور بالقلق الذى يزداد فى المواقف الاجتماعية المختلفة ، كما أن هؤلاء الأفراد يعانون أيضاً من الأعراض الاكتئابية نتيجة للعزلة الاجتماعية والإحباط من عدم القدرة على إقناع الآخرين بشأن العيب المدرك ، وبشأن المعتقدات المتعلقة بعدم الجدارة وفقدان الأمل فى المستقبل ، والمرضى الذين يرغبون فى إجراء جراحة تجميلية يكون لديهم ضيق أو محنة انفعالية بدرجة أقل بشأن جسمهم وذلك لأن انتباههم يتركز على مظهرهم بدرجة أقل وتكون اتجاهاتهم أقل صلابة وتزمت ولديهم أمل فى التغيير عن طريق جراحة التجميل (بيترز وفيلبس Peters & Phelps ، ٢٠٠١ ، ص ص ٢٨٤ – ٢٨٥) .

ويتميز اضطراب صورة الجسم – فى بعض الحالات – بالتركيز بطريقة واضحة جداً على مكان أو مظهر واحد محدد من الجسم ؛ حيث يقرر الفرد أو يذكر فى تقريره وجود انشغال زائد عن الحد ومغالى فيه إلى درجة عدم القابلية لهذا المكون للمظهر الجسدى ، وهذا العيب فى المظهر الذى يذكر فى التقرير الذاتى للفرد يتدرج من شئ خيالى إلى شئ واقعى أو حقيقى (سنو Snow ، ٢٠٠٠ ، ص ١٨٨) .

ويوجد عدد من النظريات التى تفسر انتشار اضطراب صورة الجسم منها النظرية الاجتماعية الثقافية Sociocultural Theory ، ونظرية التباين أو التعارض بين الذات ، وبين المثل الأعلى Self-Ideal Discrepancy Theory ، ونظرية الفشل التكيفى Adaptive Failure Theory ويعتبر المنحى الاجتماعى الثقافى هو الاتجاه الأكثر تدعيماً وتأييداً لتفسير اضطراب صورة الجسم ؛ حيث يركز على المستويات الاجتماعية للجمال التى تؤكد فى المقام الأول على الرغبة فى النحافة أو الرشاقة على اعتبار أن النحافة تساوى الجمال ومما يدعم هذا الاتجاه أن نتائج عدد كبير من البحوث أوضحت أن معظم المجتمعات لا تقيم وزناً للسمنة .

وفي هذا الصدد يرى ستريجيل - مور وآخرون .Striegel-Moore et al (١٩٨٦) أنه كلما اعتقدت الأنثى أن ما هو سمين أو بدين أمر سئ ، وكل ما هو نحيف أمر جميل كلما اتجهت نحو النحافة ، وكلما ازداد توترها واكتئابها ، وأصبحت مهمومة بشأن البدانة (ص ٢٤٩) . ويتفق مع الرأى السابق سيلبرشتين وآخرون .Silberstein et al (١٩٨٨) حيث أوضحوا أنه منذ سنوات العمر الأولى يتم تلقين الأنثى رسالة تفيد أنه يجب عليها أن تكون نحيفة لكى تكون جميلة وجذابة (ص ٢٢٠) . ويرى هسو Hsu (١٩٨٩) أنه كلما ازداد الضغط على الإناث لكى يكونوا نحيفات ورشيقات كلما زاد اضطراب صورة الجسم لديهن (ص ٣٩٣) .

ومما يؤيد وجهة النظر الاجتماعية الثقافية أن الإناث لديهن رغبة أو استعداد من الناحية التاريخية لتغيير أجسامهن لكى تتطابق مع مفهوم الجمال الذى يروج له المجتمع ، ونظراً لأن الجمال مرادفاً للنحافة فلا عجب فى أن الإناث يرغبن فى أن يكن أكثر نحافة حتى يحظين بالرغبة والاهتمام من جانب الجنس الآخر، وهذا ما أكدته نتائج العديد من الدراسات التى أوضحت أن الإناث الأكثر نحافة ينظر إليهن أفراد الجنس الآخر على أنهن أكثر أنوثة (كامو وكاساهارا Kamo & Kasahara ، ١٩٩٨ ؛ كالام Calam ، ١٩٩٩ ؛ ويليامسون Williamson ، ١٩٩٩) . وهكذا يتضح أن هناك مجموعة من العوامل تفسر التأثير الاجتماعى الثقافى على صورة الجسم منها :

١- أن الغالبية العظمى لأفراد أى مجتمع ينظرون إلى البدانة على أنها وصمة عار .
٢- أن النمط الثابت لجسم الأنثى يولد الانشغال الزائد عن الحد بالسعى الدءوب نحو النحافة والجمال .
٣- أن معظم المجتمعات تعظم أو تمجد الاعتقاد بأن نحافة الأنثى من أكثر المعالم الهامة للجاذبية بمعنى أن الرشاقة أو النحافة ترادف الجمال .
٤- أن وزن وشكل جسم الأنثى من المحددات الرئيسية للجاذبية الجسمية .

ومما يدعم هذا النموذج أنه نموذج " كلى الوجود " أى يوجد فى كل الثقافات وذو تأثير بعيد المدى أو عميق على الانشغال بالمظهر الجسمى نظراً لأن التأثير الاجتماعى الثقافى على ميل الفرد لمقارنة نفسه بمثل أعلى يقدمه المجتمع يكون قوياً ؛ ولذا فإن الدور الاجتماعى الثقافى فى نظرية التباين أو التعارض بين الذات وبين المثل الأعلى أو الشكل المثالى لا يمكن تجاهله أو إغفاله .

وطبقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-III-R) فإن الصفة الأساسية لهذا الاضطراب هى الانشغال الزائد عن الحد ببعض العيوب التخيلية فى المظهر لدى شخص يبدو طبيعياً أو عادياً (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٨٧ ، ص٢٥٥).

وتؤكد الأبحاث الحديثة أن الفتيات المراهقات لديهن عدم رضا أو سخط أكبر بشأن أجسامهن بنسبة أعلى من الذكور المراهقين ؛ حيث يدركن أجسامهن بطريقة سلبية أكبر من الذكور (فيذرستون Featherstone ، ٢٠٠٢ ، ص ٩) ، ويعنى ذلك أن الإناث هن الفئة الأكثر تأثيراً بالاضطراب المتعلق بصورة الجسم .

ويرى عدد كبير من الباحثين أنه من الصعب تقدير مدى انتشار اضطراب صورة الجسم وذلك لأن طبيعة هذا الاضطراب الأساسية أنه يميل إلى أن يكون سراً يحتفظ به المرضى لأنفسهم ولا يفصحون عنه ، ومع ذلك فإن أفضل التقديرات هى أنه " شائع بدرجة كبيرة " ، وأنه بدون أى علاج يميل إلى أن يدوم مدى الحياة (فيليبس Phillips ، ١٩٩١ ؛ فيل وآخرون Veale et al. ، ١٩٩٦أ) .

وتترلوح بداية حدوث هذا الاضطراب من المراهقة المبكرة حتى العشرينات من العمر ويصل إلى الذروة فى سن ١٨ أو ١٩ عاماً ويظهر لدى الإناث بدرجة أكبر منه لدى الذكور وبنسبة تصل إلى أربعة أضعاف (فيل Veale ، ٢٠٠١ ، ص ١٢٥) .

ومما يساعد على انتشار هذا الاضطراب أنه اضطراب خفى لا يسعى الأفراد الذين يعانون منه إلى طلب المساعدة أو العلاج ، وعندما يسعون إلى ذلك لا يستشيرون الطبيب النفسى ولكنهم يستشيرون طبيباً للأمراض الجلدية أو جراح التجميل (فيل وآخرون Veale et al. ، ١٩٩٦ب ، ص ١٩٧) .

ويرى عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) أن عدم الرضا عن المظهر الجسمى أو الانشغال بالمظهر الجسمى يعد أمراً مقلقاً ومزعجاً لعدد كبير من الأفراد ، ويبلغ معدل انتشار هذا الاضطراب ٤% تقريباً بين الإناث فى حين تقل النسبة عن ١% تقريباً بين الذكور (ص٢٨٨) .

وأظهرت نتائج المسح الذى قام به كاش وآخرون .Cash et al (١٩٨٦) على عينة تضم

٣٠٠٠ مفحوصاً من الجنسين أن الذكور والإناث يبدون مستويات عالية من عدم الرضا عن صورة الجسم إلا أن الإناث كن أكثر تعاسة من الذكور فيما يتعلق بجميع أجزاء أو مناطق الجسم فيما عدا الوجه والطول ، كما أن الإناث سجلن درجات أكثر انخفاضاً فى تقييم المظهر الجسدى العام عن الذكور (٢٤% من الذكور قاموا بتقدير المظهر الجسدى بطريقة سلبية فى مقابل ٤١.٠% من الإناث) .

ويرى هالجين ووايتبورن Halgin & Whitbourne (١٩٩٧) أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم ليسوا ساخطين أو غير راضين فقط ولكنهم يكونون غاية فى الانشغال والهم إلى الحد الذى تسيطر عليهم فكرة أن جزءاً ما من جسمهم يعتبر قبيحاً أو معيباً ويكتنفهم الضيق والكرب بشأن مشكلتهم الجسدية لدرجة أن عملهم وحياتهم الاجتماعية وعلاقاتهم تتأثر بذلك ويعتقدون دائماً أن هناك شيئاً خطأ (ص٢٤٢) .

وتبعاً للدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-III-R) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب صورة الجسم تتمثل فى:

١- الانشغال الكبير بعيب متخيل فى المظهر الجسمى لدى شخص ذو مظهر عادى أو طبيعى، ويصبح هذا الانشغال مفرطاً إذا كان هناك – ولو بقدر ضئيل – شئ من الشذوذ فى الجسم أو أبعاده المختلفة .

٢- الاعتقاد فى العيب لا يكون له حدة أو شدة توهمية كما فى الاضطراب التوهمى Delusional Disorder من النوع الجسمانى بمعنى أن الشخص يستطيع أن يعترف بإمكانية احتمال أنه أو أنها ربما تبالغ فى مدى العيب أو النقيصة ، أو أنه ربما لا يوجد هناك أى عيب أو نقيصة إطلاقاً .

٣- ألا يقترن حدوث هذا الاضطراب باضطرابات أخرى مثل فقدان الشهية العصبى Anorexia Nervosa أو التحول الجنسى Transsexualism (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٨٧ ، ص٢٥٥) .

بينما يحدد الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) المحكات التشخيصية لاضطراب صورة الجسم فى :

١- الانشغال الكبير من جانب الفرد بعيب متخيل فى مظهره الجسمى ، ويصبح هذا الانشغال مفرطاً إذا كان هناك – ولو بقدر ضئيل – شئ من الشذوذ فى الجسم أو فى أبعاده

المختلفة .

٢- يسبب هذا الانشغال قدراً كبيراً من الكرب للفرد تكون له دلالته من الناحية الكلينيكية ، كما أنه يسبب له خللاً فى أدائه الوظيفى الاجتماعى أو المهنى أو غير ذلك من مجالات الأداء الوظيفى المختلفة ذات الأهمية .

٣- لا يرجع هذا الانشغال إلى أى اضطراب عقلى آخر .

ويرى بارلو وديوراند Barlow & Durand (١٩٩٩) أن هناك عدد من الخصائص التى تميز الفرد الذى يعانى من اضطراب صورة الجسم منها مايلى :

١- تقدير سلبى للذات يرجع إلى عدم الرضا عن المظهر الجسمى .

٢- العزلة وعدم الرغبة فى مقابلة الآخرين الذين يعرفون الفرد خوفاً من أن يجبر على أن يتفاعل أو يتجاوب معهم .

٣- الاعتقاد بأن كل فرد حتى الأصدقاء المقربون يحملقون أو ينظرون بإمعان وتأمل إلى كل جزء من جسده .

٤- الشعور بأن الآخرين يمقتونه أو يشمئزون منه .

٥- الثبات على حالة واحدة عند النظر إلى المرآة ، فهو يفحص مراراً وتكراراً الصفة القبيحة المزعومة لكى يرى إذا كان هناك أى تغير قد طرأ أو حدث عليها ، وأحياناً يتجنب الفرد النظر إلى المرايا إلى حد الخوف المرضى تقريباً (ص ص١٦٤ – ١٦٥) .

ويعتمد العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم على العمليات المعرفية وتأثيراتها على الانفعالات والسلوك معاً وقد وضع بيك Beck الملامح الرئيسية للعلاج المعرفى السلوكى الذى يرتكز على تأثير الأفكار فى الانفعالات والسلوكيات ويهدف إلى إقناع العميل بأن معتقداته غير منطقية وأن توقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية ترجع لسوء التكيف الذى يعيشه العميل إلى جانب تعديل الإدراك المشوه لديه وإبداله بطرق أخرى للتفكير تكون أكثر ملاءمة مما يؤدى إلى إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل (روزين Rosen، ١٩٩٧، ص١٩٠) .

ومن الأساليب التى يقوم عليها العلاج المعرفى السلوكى :

١- التعرف على الأفكار المشوهة والعمل على تصحيحها : فالأفكار المشوهة تؤثر سلبياً فى

قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة ، وفى قدرته على التوافق مما يؤدى إلى ظهور ردود أفعال عكسية لا تتمشى مع الموقف أو الحدث ، ومع التدريب والتعليم يستطيع الفرد التعرف على هذه الأفكار وتحديدها والتعامل معها وتصحيحها أو تعديلها .

٢- إبعاد الأفكار المشوهة التى لا تتفق مع الواقع والتخلص منها والعمل على تصحيحها أو تعديلها .

٣- تدريب العميل وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة التى تتسم بالدقة والعمل على تمحيصها وتقييمها فى ضوء الواقع .

٤- التخلص من المواقف التى تسبب المخاوف والقلق والضيق والتى تسبب الاضطرابات المختلفة ؛ لذلك يجب على المعالج أن يقوم بتعليم العميل أو المريض وضع قواعد بديلة تنظم السلوك .

٥- تحويل اهتمام المريض من التركيز على العوامل التى تسبب له الاضطراب إلى أوجه نشاط عديدة مثل الأنشطة الفنية والاجتماعية والرياضية .

٦- التحصين التدريجى : وتقوم هذه الفنية على تشجيع المريض على مواجهة مواقف القلق تدريجياً بهدف إلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف ، وذلك من خلال التعريض التدريجى للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات مضادة لهذا القلق إلى أن يفقد الموقف خاصيته المهددة من خلال إلغاء الاشتراط بين المثير والاستجابة وبذلك يتحول الموقف إلى موقف محايد ، ومن ثم يؤدى هذا التغير أو التعديل إلى تحسين عملية التوافق. ويستخدم خلال التحصين التدريجى تعليمات تجريبية تتمثل فى الحديث الذاتى ، وتتضمن عملية التدريب على التحصين ضد الضغوط ثلاث مراحل هى:

أ - مرحلة التعليم : وفيها يقوم المعالج بتزويد العميل بالمعلومات التى تمكنه من فهم طبيعة ردود أفعاله تجاه الضغوط وكيفية تجنبها وذلك من خلال العبارات التى يرددها مع نفسه باستمرار والتى تعد بمثابة تعليمات ذاتية ، وبالتالى يتمكن المريض من فهم المشكلة بشكل عقلانى انفعالى .

ب - مرحلة التكرار : وفيها يقوم المعالج بتدريب العميل على تكرار ردود أفعاله تجاه المواقف الضاغطة مع تزويده بأساليب المواجهة المعرفية التى تتمثل فى إدراك العبارات الهازمة للذات ، وكذلك تزويد العميل بمعلومات حول الأشياء التى تسبب له الضيق والتوتر والخوف والإعداد لأساليب الهروب ، والتدريب على الاسترخاء .

ج - مرحلة التدريب التطبيقى : ويتم خلالها عرض المواقف الضاغطة التى تهـــدد أنا الفرد والعمــل على مواجهتهــا من خلال المناقشــة ، والنمذجــة ، والتعليمات الذاتيـــة والتعزيز (روزين Rosen ، ١٩٩٧ ، ص١٩٤) .

٧- أسلوب التعريض ومنع الاستجابة أو مـــا يعـــرف بالتـــدريب التجنبـــى Exposure and Response Prevention وتهدف هذه الفنية إلى تسهيل تعريض المرضى للأحداث الموقفية التى تحدث وتثير الفتور أو اليأس ، ويتم استخدام هذا الفنية كطريقة للــتحكم الــذاتى أو الضبط الذاتى على سلب الحساسية Desensitization ، وهذا الأسلوب حقق نجاحاً بدرجـــة معقولة مع المرضى ، حيث أدى إلى تقليل الأعراض المرتبطة باضطراب صورة الجسم ، إلى جانب الإقلال من سلوكيات تفحص الجسم القهرية مثل تفحص المظهر الجسمى فـــى المرآة ، والتوقف عن مقارنة الفرد لنفسه بالآخرين، وتوصـــل نيزروجلـــو ويـــاريورا - توبياس Neziroglu & Yaryura-Tobias (١٩٩٣) إلى أن هذا الأسلوب يفيد إلى حد كبير فى علاج المرضى الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم ؛ حيث لاحظا حدوث تحسن إكلينيكى لدى ٩٠% من المرضى (ص ٤٣٥) .

٨- مراقبة الذات Self-monitoring : وذلك عن طريق تدوين وإحصاء السلوكيات الاندفاعيـــة أو القهرية .

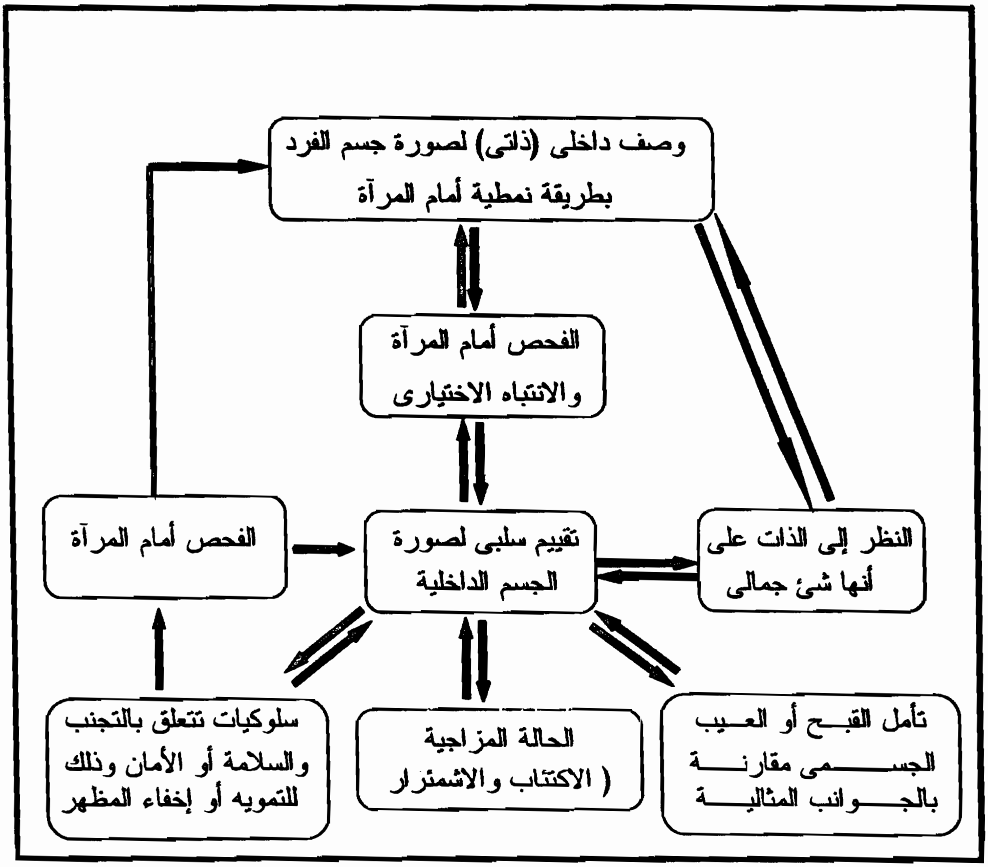
٩- إعادة البناء أو التركيب المعرفى Cognitive Restructuring بمعنى إدخال العمليات العقلية إلى حيز العلاج السلوكى ، ويتم ذلك من خلال مساعدة المريض على تحديـــد وتصـــوير استنتاجاته وأفكاره واعتقاداته اللاعقلانية وفحصها والعمل علـــى تصـــحيحها وتعـــديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات عقلانية أخرى ، ويرى جان سكوت وآخرون (٢٠٠٢) أنه لا يمكن أن يحدث أى تغير فى الشخصية بشكل دائم دون أن يحدث تحـــول جـــوهرى فـــى التنظيم المعرفى ، ومثل هذه التحولات قد تحدث عندما يكتسب الفرد الفهم الكافى لمشكلاته الداخلية (ص ص٢٥٦ - ٢٥٧) .

ويرى محمد محروس الشناوى ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) أن إعادة البناء المعرفى تقوم على افتراض أن الاضطرابـــات الانفعالية إنما هى نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفى ، وتكون مهمة المعالـــج هى إعادة بناء هذه الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف (ص٢١٣) .

١٠- الواجبات المنزلية : حيث يتم تكليف العملاء بأداء بعض الواجبات المنزلية التى تتضـــمن

أنشطة عقلية وانفعالية وسلوكية ، ويتم تحديدها لهم خلال الجلسات ثم يتم مراجعتها ليرى كل منهم ما إذا كان قد أنجزها بالشكل المناسب أم تحتاج إلى أن يعيدها من جديد ، ومثل هذه الواجبات قد يطلب فيها من العميل أن يوظف أفكاره العقلانية الجديدة التى تعلمها فى مواقف الحياه الفعلية ، وعندما يفشل العميل فى تنفيذها يساعده المعالج فى تحدى الأفكار اللاعقلانية من جديد على أن يعود لأدائها ثانية (فيليبس Phillips ، ٢٠٠٠، ص١٧١).

ويركز النموذج المعرفى السلوكى الخاص باضطراب صورة الجسم على تجربة المرضى عندما يكونون بمفردهم وليسوا فى مواقف اجتماعية ، ويبدأ هذا النموذج بوصف أو إثارة داخلية لصورة جسم الفرد بطريقة نمطية أمام المرآة ، والإثارة البديلة تتضمن النظر إلى صورة فوتوغرافية أخذت فى وقت سابق عندما كان الفرد أصغر سناً ، ويلى ذلك الانتباه الانتقائى أو الاختيارى Selective Attention بالتركيز على جوانب معينة للوصف الخارجى (التأمل فى المرآة الذى يؤدى إلى وعى وشعور متزايد ومبالغة نسبية لمعالم أو ملامح معينة) ، ونتيجة لهذه العملية يقوم الشخص الذى يعانى من اضطراب صورة الجسم ببناء أو تكوين صورة عقلية مشوهة لجسمه أو لجسمها ، والنظر بإمعان وتأمل فى المرآة ينشط أو يحفز القيم المثالية عن أهمية المظهر أو النظر إلى الذات على أنها شئ جمالى ، وهذا يؤدى إلى تقييم سلبى ومقارنات لثلاث صور مختلفة هى : الوصف الخارجى الواضح فى المرآة ، و صورة الجسم المثالية ، والصورة المشوهة للجسم . وهذه المقارنات المتكررة تجعل الفرد الذى يعانى من اضطراب صورة الجسم غير متأكد من مظهره مما يشجع على عملية النظر بإمعان فى المرآة لكى يرى بدقة شكله أو منظره ويتحقق منه ، ومع ذلك فكلما أطال الوقت الذى ينظر فيه إلى المرآة كلما كانت مشاعر الفرد أسوأ وازداد لديه الاعتقاد فى القبح ، وفى حالة عدم النظر فى المرآة يركز الفرد انتباهه وتأمله على صورة الجسم ويتأمل فى قبحها . ويوجد غالباً تفاوت واضح بين صورة الجسم الواقعية ، و صورة الجسم المثالية وهذا يؤدى دائماً إلى حالة مزاجية مكتئبة وأفكار سلبية ، وهذا النموذج المعرفى يحافظ على نمط التفكير وأوجه السلوك التى تحافظ على استمرارية الاضطراب .



النموذج المعرفى السلوكذى لاضطراب صورة الجسم

(فيل Veale ، ٢٠٠١ ، ص١٢٩)

وتعد الدراسة الحالية بمثابة محاولة فى هذا الإطار يعمل الباحث من خلالها على تقديم برنامج علاجى معرفى سلوكى لعينة من طالبات الجامعة اللاتى يعانين من اضطراب صورة الجسم بهدف التخلص من هذا الاضطراب والحد من السلوكيات المصاحبة له .

هدف البحث:

يهدف البحث الحالى إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج للعلاج المعرفى السلوكى فى تحسين إدراك صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة اللاتى يعانين من هذا الاضطراب ، وتعديل سلوكهن بعد تصحيح أفكارهن ومعتقداتهن المختلة التى تسبب هذا الاضطراب ، وتبصيرهن بالحلول البديلة التى تساعدهن على مواجهة مشكلاتهن وإيجاد الحلول المناسبة لها ،

وتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى إلى جانب تتبع مدى استمرارية نجاح هذا البرنامج العلاجى فى تحسين إدراك صورة الجسم لدى أفراد العينة .

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث الحالى فى أهمية الموضوع الذى يتصدى لدراسته ؛ حيث إنه يسعى لدراسة مدى فاعلية برنامج للعلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة ، ولاشك أن هذا الجانب ينطوى على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو من الناحية التطبيقية ، فمن الناحية النظرية يتضح من مراجعة الدراسات التى أجريت فى البيئة العربية أنها جميعاً انتحت المنحى الارتباطى أو العلاقى بهدف التحقق من علاقة صورة الجسم ببعض المتغيرات النفسية والأسرية والاجتماعية ومن هذه الدراسات : دراسة إبراهيم على إبراهيم ومايسة النيال (١٩٩٤) عن صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية " دراسة سيكومترية مقارنة لدى عينة من طالبات جامعة قطر " ؛ ودراسة علاء الدين كفافى ومايسة النيال (١٩٩٦) عن صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينة من المراهقات : دراسة ارتباطية عبر ثقافية ؛ ودراسة حسين فايد (١٩٩٩) عن صورة الجسم والقلق الاجتماعى وفقدان الشهية العصبى لدى الإناث المراهقات .

وهكذا ؛ يتضح أن الدراسات العربية التى تناولت صورة الجسم ركزت جميعها على المنحى الارتباطى أو العلاقى ولم يتطرق أياً منها إلى المنحى العلاجى وهذا ما تهتم به الدراسة الحالية ، يضاف إلى ذلك أن الدراسات السابقة أوضحت أن هذا الاضطراب يبدأ حدوثه فى مرحلة حرجة تتراوح من المراهقة المبكرة حتى العشرينات من العمر ويصل إلى الذروة فى الفترة العمرية من سن (١٨) عاماً إلى (١٩) عاماً (فيل وآخرون .Veale et al ، ١٩٩٦أ ؛ فيل Veale ، ٢٠٠١) ، ومن هنا كانت أهمية البحث فى اضطراب تزداد خطورته فى مرحلة حيوية من حياة الفرد . والدراسة الحالية تتناول مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم ، والباحث وهو ينحو هذا المنحى يأمل أن يتوصل إلى تحديد دقيق - بقدر الإمكان - لماهية الدور الذى يقوم به العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة . أما عن أهمية البحث من الناحية التطبيقية فهى تتمثل فى إعداد برنامج علاجى يمكن استخدامه من جانب المتخصصين مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم فى المستقبل وصولاً بهم إلى مستوى مناسب من التوافق والصحة

بأفكار ومعتقدات صحيحة تحقق مستوى مناسب من التوافق النفسي والاجتماعي، ومن ثم تتحدد مشكلة البحث الحالي في محاولة الإجابة على التساؤلات الآتية :

١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصورة الجسم ترجع إلى البرنامج العلاجي المستخدم؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في كل من القياسين القبلي والبعدي لصورة الجسم ؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة في كل من القياسين القبلي والبعدي لصورة الجسم؟

٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور ثلاثة شهور من انتهاء البرنامج) لصورة الجسم؟

تحديد المصطلحات:

١- اضطراب صورة الجسم Body-Image Disturbance

يقصد به انشغال زائد عن الحد (مفرط) من جانب فرد ذو مظهر جسمي عادي ببعض العيوب التخيلية في المظهر الجسمي وربما يكون لا وجود لهذه العيوب على الإطلاق سوى في مخيلة هذا الفرد وذلك كما يقاس بالمقياس المستخدم .

٢- برنامج العلاج المعرفي السلوكي المستخدم :

برنامج مخطط منظم يستند على مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الفرد ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية بقصد التخلص مما يشعر به الفرد من كرب وضيق يرجع في الواقع إلى الاضطراب الذي يعاني منه ، والتقليل من حدة الاضطراب الانفعالي الذي يعتريه وتدعيم المشاركة الفعالة في المواقف الاجتماعية المختلفة والعمل على منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي .

دراسات سابقة :

فيما يلي عرض لأهم الدراسات التي أجريت في هذا الموضوع التي أمكن الاستفادة منها فيما اتبعته من إجراءات وما توصلت إليه من نتائج .

قام دوركين وكيرر Dworkin & Kerr (١٩٨٧) بمقارنة فاعلية العلاج المعرفي ، و العلاج المعرفي السلوكي ، والعلاج التأملي Reflective Therapy في تحسين صورة الجسم

ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة ، واستخدم الباحثان فى ذلك مجموعة قوامها (٧٩) طالبة من بين طالبات السنة الأولى ممن يعانين من اضطراب صورة الجسم وفقاً لاستجابتهن على استبيان الأفكار الذاتية لصورة الجسم Body-Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) ، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية قسمت إلى مجموعات صـغيرة وتلقـت برنامجاً للعلاج المعرفى يركز على إعادة البناء المعرفى للأفكار الذاتية ، والتدريب على حـل المشكلات ، والواجبات المنزلية وتصحيح الأفكار السلبية التى تتعلق بالمظهر الجسمى وتقويـة الفاعلية الشخصية وزيادة تقدير الذات إلى جانب تدريبات خاصة بمنع حدوث انتكاسـة . وفـى العلاج التأملى تم استخدام التعبير اللفظى الذى يليه شرح للعبارات وتأمل ذلـك فـى اكتشـاف مشاعر المفحوصات لصورة الجسم أثناء مراحل معينة فى حياتهن إلى جانب التدريبات المنزلية الخاصة . أما المجموعة الثانية فكانت ضابطة ولم تتلق أى علاج ، وتم إجراء مقاييس الشـحنة الجسمية والشحنة الذاتية Body Cathexis and Self Cathexis Scales فى كل من القياسين القبلى والبعدى . وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلـى والبعدى للمجموعـة التجريبيـة فى المقاييـس المتعلقة باضطراب صورة الجسم ومفهوم الذات لصالح القيـاس البعدى إلى جانب وجود فروق دالـة إحصـائياً بـين متوسـطات درجـات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لمقاييس صورة الجسم ومفهوم الذات لصالح المجموعـة التجريبية . وتشير هذه النتائج إلى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فـى تحسـين صورة الجسـم وزيادة مفهوم الذات ، وعند إجراء مقارنة بين العلاجـات الثلاثـة اتضـح أن العلاج المعرفـى السـلوكى ، والعـلاج المعرفى تأثيرهما واحداً أو متساوياً فى زيادة الرضا عن صـورة الجسـم وفى تحسـين مفهـوم الـذات كما أنهما تفوقا على العلاج التأملى فـى هذا الصدد .

وقام بوترز وكاش Butters & Cash (١٩٨٧) بدراسة مدى فاعلية برنامج مكثف للعلاج المعرفى السلوكى فى تعديل صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة ، واستخدما فى ذلـك مجموعة كلية قوامها (٢٣) طالبة بمتوسط عمرى قدره (١٩) عاماً وكان جميع أفراد العينة من ذوى الوزن العادى ، ويعانين من عدم الرضا عن المظهر الجسمى (سجلن درجات أقـل مـن ٢٥% على المقياس الفرعى لتقييم المظهر من استبيان العلاقات الذاتية – الجسمية المتعدد الأبعاد Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعـة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية تلقت برنامجاً علاجيا استمر لمدة (٦) أسابيع بواقـع جلسـتين أسبوعيا مدة كل منها ساعة ونصف ، واعتمد البرنامج العلاجى على التدريب على الاسترخاء ،

والطرائق الفنية بسلب الحساسية ، وكذلك أسلوب التعريض ومنع الاستجابة ، وإعادة البناء المعرفى للأفكار الذاتية المتعلقة بصورة الجسم السلبية وزيادة أنشطة صورة الجسم الإيجابية والتدريب على منع الانتكاس أو عودة المرض ، والتحصين ضد الضغوط . أما المجموعة الثانية فكانت ضابطة لم تتلق أى علاج ، وتم إجراء مقاييس صورة الجسم والتى تضمنت التقييمات ذاتية المظهر ، وعدم الرضا عن الجسم والمعتقدات المختلة لصورة الجسم ، والفتور أو اليأس أثناء التعرض للمرآة وكذلك مقاييس التقدير الاجتماعى للذات والتقييم الذاتى للياقة البدنية والجنسية ، وقائمة مراجعة الأعراض المعدلة The Symptom Checklist-٩٠ -Revised (SCL-٩٠-R) وذلك فى كل من القياسين القبلى والبعدى ، وأظهرت النتائج وجود تحسينات دالة لصورة الجسم من مرحلة ما قبل العلاج إلى مرحلة ما بعد العلاج بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية وهذه التغييرات استمر تأثيرها فى مرحلة المتابعة ، وتمثلت هذه التحسينات فى الرضا عن صورة الجسم ، والشعور بضيق أقل عند النظر فى المرآة ، والتخلص من عدد كبير من المعتقدات المختلة لصورة الجسم ، وكانت التقييمات الذاتية للياقة البدنية والجنسية والتقدير الاجتماعى للذات والأداء الوظيفى العام أفضل بطريقة دالة بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية .

وقام روزين وآخرون .Rosen et al (١٩٨٩) بدراسة مقارنة لفاعلية كل من العلاج المعرفى السلوكى والعلاج المصغر Minimal Treatment فى علاج اضطراب صورة الجسم، واستخدموا فى ذلك مجموعة كلية قوامها (٢٣) طالبة من بين طالبات الجامعة بمتوسط عمرى قدره (١٩) عاماً ، وكان جميع أفراد العينة من ذوى الوزن العادى ، ولا يعانين من أى اضطرابات تتعلق بالأكل ، وغير راضيات عن شكل أجسامهن وفقاً لدرجاتهن على استبيان شكل الجسم . وتم تقسيم أفراد العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين إحداهما خضعت للعلاج المعرفى السلوكى ، والأخرى للعلاج المصغر ، وتم إجراء الجلسات فى كل مجموعة بعد تقسيم أفرادها إلى مجموعات صغيرة تتكون من ٣ : ٤ مفحوصات . وتضمن العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم التدريب على إعادة البناء المعرفى للأفكار الذاتية المتعلقة بصورة الجسم السلبية وكذلك السلوكيات غير التوائمية لصورة الجسم وحجمه ، وتدريبات تقدير الوزن لتقييم أو تصحيح التشوهات الإدراكية أو التصورية وذلك إلى جانب تدريبات الواجب المنزلى . وكان العلاج المصغر مشابهاً فى الصيغة للعلاج السلوكى المعرفى فيما عدا أنه لم يتضمن تدريبات لتصحيح السلوكيات غير التوائمية والتشوهات الإدراكية ، ولتقدير التشوه الإدراكى قام الخاضعون للدراسة بإجراء قياسات عرضية لمناطق الجسم التى تسبب الضيق وتمت مقارنتها

بالمقاييس الحقيقية . وتم استخدام استبيان شكل الجسم والمقياس الفرعى لعدم الرضا عن الجسم من قائمة اضطرابات الأكل فى تقييم الجانب المعرفى لصورة الجسم ، بينما استخدم استبيان تجنب صورة الجسم لقياس التجنب أو الإحجام السلوكى المتعلق بعدم الرضا عن صورة الجسم، واستمر البرنامج العلاجى لكل مجموعة لمدة (٦) أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً مدة كل منها ساعة واحدة ، وأظهرت النتائج أن مجموعة العلاج المعرفى السلوكى كانت تقديراتهن أكثر دقة بدرجة دالة وكانت فى إطار المدى أو الدرجات العادية وتم استمرارها بعد الانتهاء من البرنامج العلاجى ، أى أن الفتيات اللاتى تلقين العلاج المعرفى السلوكى انتقلن من المجال الإكلينيكى إلى المجال العادى ، واستمر هذا التغير فى مرحلة المتابعة ، وعلى النقيض من ذلك فإن مجموعة العلاج المصغر لم تظهر أية تغييرات دالة فى تشوهاتهن الإدراكية بعد الانتهاء من البرنامج العلاجى . وتعنى هذه النتائج أن العلاج المعرفى السلوكى كان مؤثراً وفعالاً فى إحداث تغييرات إيجابية فى الجوانب الإدراكية والسلوكية لصورة الجسم بدرجة أكبر من العلاج المصغر .

وقارن روزين وآخرون .Rosen et al (١٩٩٠) بين نسختين من العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم وذلك لتحديد ما إذا كان تصحيح التشوه الإدراكى لازماً أو ضروريا لإحداث تغير فى صورة الجسم ، واستخدموا فى ذلك مجموعة قوامها (٢٦) طالبة من بين طالبات الجامعة غير الراضيات عن صورة أجسامهن ، وكان جميع أفراد العينة من ذوات الوزن العادى ولا يوجد لديهن أى اضطرابات تتعلق بالأكل وقت إجراء الدراسة أو فى الماضى ، وتم تقسيم الخاضعات للدراسة إلى مجموعتين رئيسيتين وتم تعريض كل مجموعة إلى جلسات العلاج التى استمرت على مدار (٦) أسابيع بواقع جلستين أسبوعيا مدة كل منها ساعتين ، وكانت الجلسات العلاجية تركز على تقييم الجوانب الادراكية والمعرفية والتقيمية والسلوكية لصورة الجسم السلبية . ونسختا العلاج المعرفى السلوكى اختلفا فقط فى أن إحداهما لم تتضمن التدريبات التى تساعد على تسهيل التقييمات الواقعية للمرضى لإدراك حجم ووزن الجسم . وفى مرحلة ما قبل العلاج ومرحلة ما بعد العلاج وفى مرحلة المتابعة استخدم استبيان العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) ، ومقياس روزنبرج لتقدير الذات ، ولم تكشف النتائج عن وجود فروق أو اختلافات بين مجموعتى العلاج فى القياسين البعدى والتتبعى ، فكلتا المجموعتان سجلتا تحسينات دالة على المقاييس الفرعية لاستبيان العلاقات الذاتية - الجسمية المتعدد الأبعاد . وكذلك على مقياس تقدير الذات ، وهذه

النتائج تؤكد فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين صورة الجسم . واستنتج الباحثون من نتائجهم أن التحسن الدال في صورة الجسم لأفراد المجموعتين ربما يرجع إلى التغييرات المعرفية والتقيمية، وذلك لأن دمج أو استبعاد التدريبات الصريحة أو الواضحة التي تساعد على تسهيل التقييمات الواقعية لإدراك حجم ووزن الجسم لدى المفحوصات لم تنتج أو تحدث نتائج متباينة .

وقام فيشر وتومسون Fisher & Thompson (١٩٩٤) بدراسة مقارنة لمدى فاعلية كل من العلاج المعرفي السلوكي ، والعلاج باستخدام التمرينات الرياضية (الأيروبك) في علاج المستويات المرتفعة من اضطراب صورة الجسم ، واستخدما في ذلك مجموعة كلية قوامها (٥٤) طالبة جامعية ممن يعانون من عدم الرضا عن صورة الجسم ؛ وكان المحك الرئيسي لاختيار أفراد هذه العينة حصول المفحوصة على درجة تقدر بـ (١,٥) انحراف معياري أقل من المتوسط المعياري على المقياس الفرعي لتقييم المظهر من استبيان العلاقات الذاتية - الجسمية المتعدد الأبعاد ، وعدم وجود اضطرابات نفسية حادة أو شديدة ، وتمت مجانسة أفراد العينة من حيث كتلة الجسم ؛ حيث كان وزن جميع أفراد العينة يزيد بحوالي ١٢,٥% عن المعيار الطبيعي ولا توجد لديهن أي اضطرابات تتعلق بالأكل وقت إجراء الدراسة أو في الماضي ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الكلية إلى مجموعتين تجريبيتين ضمت كل واحدة منهما (٢٧) طالبة ، تلقت إحداهما برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي ، والأخرى برنامجاً رياضياً يعتمد على تمارين الأيروبك التي تركز على الوزن المتعلق بأجزاء الجسم وأنشطة رفع الأثقال بالإضافة إلى تكليف المشتركات بالتدريب على نظام غذائي كجزء من الواجب المنزلي مرتين أسبوعياً ، واستمر البرنامج العلاجي لمدة ستة أسابيع لكل نوع من العلاج بواقع جلستين أسبوعياً ، وبعد ذلك تمت مقارنة كل من هاتين المجموعتين مع مجموعة ضابطة مماثلة . وكشفت النتائج أن النوعين من العلاج أحدثا تحسناً دالاً ومتساوياً من مرحلة ما قبل العلاج إلى مرحلة ما بعد العلاج قياساً بالمجموعتين الضابطتين في كل من شكل الجسم (الحجم والوزن)، والقلق المرتبط بصورة الجسم كحالة وكسمة ، وعدم الرضا عن صورة الجسم .

ويرى الباحث الحالي أنه على الرغم من أن تدريبات اللياقة البدنية ربما تكون واعدة أو مبشرة بالنسبة لتحسين صورة الجسم إلا أنها تعد مصدر خطر يتمثل في الاعتقاد بأن تقبل الجسم أو تحسن صورة الجسم يتطلب حدوث تغيير للجسم يتمثل في فقدان الوزن أو تحديد أفضل للعضلات ، وبالتالي يعتقد المرضى أن أي برامج علاجية لا تكون ذات أهمية من الناحية

الكلينيكية .

وقام جرانت وكاش Grant & Cash (١٩٩٥) بدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب صورة الجسم ، واستخدما في ذلك مجموعة كلية قوامها (٢٣) طالبة من بين طالبات الجامعة ممن يعانين من اضطراب صورة الجسم ، تم اختيارهن وفقاً لمجموعة من المحكات هي : الدرجة المنخفضة على المقياس الفرعي لتقييم المظهر من استبيان العلاقات الذاتية – الجسمية المتعدد الأبعاد ، والحصول على درجة أقل من (٢٤) على قائمة بيك للاكتئاب ، وعدم وجود أية اضطرابات إكلينيكية في الماضي وفي الحاضر . وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الإكلينيكية إلى مجموعتين فرعيتين خضعت إحداهما للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي (ن = ١٢) في حين خضعت الأخرى للعلاج المعرفي السلوكي الفردي (ن=١١) الذي يعتمد على التوجه الذاتي القائم على قدر أقل من الاتصال بالمعالج . وطبق على أفراد المجموعتين في كل من مرحلة ما قبل العلاج ، ومرحلة ما بعد العلاج ، ومرحلة المتابعة التي استمرت شهرين الأدوات التالية : قائمة مواقف الفتور أو اليأس من صورة الجسم Situitional Inventory of Body-Image Dysphoria (SIBID) ، ومقياس تقدير الذات ، ومقياس القلق الاجتماعي ، ومقياس الشعور أو الوعي الذاتي ، وقائمة بيك للاكتئاب ، وتضمن البرنامج العلاجي (١١) جلسة علاجية على مدى أربعة شهور مدة كل منها ساعة ونصف . وتضمنت الجلسات الطرق أو الإجراءات التالية على التوالي :

١- التقدير الذاتي للتأثيرات التاريخية والسياقية Contextual على نمو صورة الجسم .

٢- المراقبة الذاتية Self-monitoring (حفظ مذكرة يومية) لتجارب صورة الجسم ، والنوادر ، والمعارف ، والنتائج .

٣- التدريب على الاسترخاء ذي الطرق المتعددة .

٤- سلب الحساسية المنظم لصورة الجسم (تخيلي وبعد ذلك بالتعرض الحقيقي للمرآة).

٥- مراقبة أخطاء صورة الجسم المعرفية .

٦- إعادة البناء المعرفي لبحث الأخطاء المعرفية ولتغيير الحوارات الداخلية غير الوظيفية.

٧- النقد الذاتي لسلوكيات صورة الجسم الهازمة للذات .

٨- التعريض ومنع الاستجابة Exposure and Response Prevention وذلك لتقليل النماذج التجنبية القهرية ولزيادة السلوكيات الإيجابية لصورة الجسم .

٩- مراجعة وتكامل المهارات المعرفية - السلوكية وتأكيد حل المشكلات في المواقف الصعبة .

١٠- تطوير استراتيجيات منع الانتكاس .

وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعتين على مقاييس اضطراب صورة الجسم ، وتقدير الذات ، والقلق الاجتماعي ، والشعور أو الوعي الذاتي ، والاكتئاب في القياس القبلي ، ومتوسطات درجاتهن على نفس المقاييس في القياس البعدي ، وذلك لصالح القياس البعدي ، ولم تظهر النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين على المقاييس موضع الاهتمام في القياس البعدي مما يشير إلى تساوي فاعلية كل من العلاج المعرفي السلوكي الفردي والجماعي في علاج اضطراب صورة الجسم ، كذلك أوضحت النتائج استمرار فاعلية كلا العلاجين في القياس التتبعي .

وقام روزين وآخرون .Rosen et al (١٩٩٥أ) بدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل اضطراب صورة الجسم ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها (٥٤) سيدة ممن يعانين من اضطراب صورة الجسم تم اختيارهن بطريقة عشوائية وكانت الأعمار الزمنية لأفراد العينة تتراوح بين (٢٠ : ٦١) عاماً بمتوسط عمري قدره (٣٦,٥) عاماً ، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين إحداهما ضابطة لم تتلق أي علاج ، والأخرى تجريبية تلقت برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي تضمن ثمان جلسات بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدة كل منها ساعتان، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة التجريبية إلى مجموعات صغيرة تضم كل منها من أربع إلى خمس سيدات ، واعتمد البرنامج العلاجي على فنيات المناقشة ، وتعديل الأفكار المرتبطة بعدم الرضا عن صورة الجسم ، والتخلص من الفحص الدائم للجسم كالوزن المستمر ، وقياس محيط الجسم ، والنظر الدائم في المرآة لملاحظة الجسم . وقد أظهرت النتائج حدوث نقص دال في أعراض تشوه صورة الجسم لدى أفراد المجموعة التجريبية ؛ حيث اختفى الاضطراب تماماً لدى ٨٢% من الحالات بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي ، ولدى ٧٧% من الحالات في الدراسة التتبعية ، كما أوضحت النتائج أيضاً حدوث تحسن في الأعراض النفسية بصفة عامة .

وقام روزين وآخرون .Rosen et al (١٩٩٥ب) بدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين صورة الجسم لدى الإناث البدينات،واستخدموا في ذلك مجموعة كلية قوامها (٥١) أنثى ممن تتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٣ : ٦١) عاماً تم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما ضابطة لم تتلق أي علاج ،

والأخرى تجريبية تلقت برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي استمر لمدة ثمانية أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدة كل منها ساعتين ، وتضمن البرنامج معلومات تتعلق بتصحيح وتعديل الأفكار المشوهة المتعلقة بعدم الرضا عن المظهر الجسمي وما يرتبط بذلك من معتقدات مختلة وظيفياً ، وخفض معدل الفحص المتكرر أمام المرآة ، والتعرض للمواقف التي تحاول المريضة أن تتجنبها . وأوضحت النتائج حدوث تحسن دال في صورة الجسم لدى أفراد المجموعة التجريبية ؛ حيث شعرن بالرضا عن المظهر الجسمي ، وزيادة تقدير الذات والتوافق العام وتقليل حجم المبالغة في أوزانهن الناتج عن الرضا عن أوزانهن . علاوة على ذلك فإن هذه التغيرات حدثت بدون تغير في الوزن مما يعني أن صورة الجسم لدى هؤلاء المفحوصات لم تكن مرتبطة بالتغير في وزن الجسم .

وقام شميدت وهارنجتون Schmidt & Harrington (١٩٩٥) بدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب تشوه صورة الجسم لدى مريضاً يبلغ من العمر (٢٤) عاماً في السنة النهائية بالجامعة ، ويعاني من الضيق الناتج عن الانشغال الزائد عن الحد والقلق بخصوص حجم اليد ، وأجرا الباحثان على هذا المريض عدة أدوات تضمنت قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory (BDI) ، ومقياس يل برون لقياس الوسواس القهري Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) إلى جانب استمارة تختص بتقدير مستوى الضيق أو الكرب الذي يسببه الانشغال بحجم اليد . واشتمل البرنامج العلاجي على تسع جلسات علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدة كل منها ساعة . وبعد الانتهاء من الجلسات العلاجية أقر المريض بحدوث تغير أساسي في المؤشرات التي تقيس المراحل الوجدانية والمعرفية والسلوكية لاضطراب تشوه الجسم ، كذلك أشارت النتائج إلى حدوث تحسن مثمر من الناحية الإكلينيكية في مستوى القلق والاكتئاب واضطراب الوسواس القهري ، وهذه النتائج تشير في جملتها إلى أن الانشغال الزائد عن الحد بخصوص اضطراب تشوه الجسم سمة أساسية لكل من اضطرابات القلق ، والاكتئاب ، والوسواس القهري .

وقام فيل وآخرون .Veale et al (١٩٩٦أ) بدراسة تهدف إلى التأكد من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب صورة الجسم لدى عينة من المرضى الخارجيين من الجنسين ، واستخدموا في ذلك مجموعة قوامها (١٩) مريضاً من الجنسين في العقد الثالث من العمر ، وكان أفراد هذه المجموعة يمثلون المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج علاجي

معرفي سلوكي استمر لمدة أثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً بينما كان أفراد المجموعة الضابطة يمثلون أولئك المرضى الذين اعتبروا على قائمة الانتظار . وأجرى الباحثون على أفراد المجموعتين فى القياسين القبلى والبعدى عدة أدوات تضمنت مقياس اضطراب صورة الجسم ، وقائمة بيك للاكتئاب . وأظهرت نتائج القياس البعدى حدوث تحسن دال في مدى الرضا عن صورة الجسم ، وحدوث نقص دال فى أعراض الاكتئاب ، وفى القياس التتبعى أوضحت النتائج استمرار حدوث التحسن الدال فى صورة الجسم ، واختفاء الأعراض الاكتئابية . وتؤكد هذه النتائج فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم .

وقام فيل وآخرون Veale et al. (١٩٩٦ب) بدراسة مسحية لخمسين مريضاً ومريضة انطبقت عليهم محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية المتعلقة باضطراب صورة الجسم ، وذلك بهدف التعرف على افتراضات ومعتقدات الأشخاص الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم والتى تعد من استراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى ، وتم اختيار أفراد هذه العينة من عيادات الطب النفسى والأمراض الجلدية وعيادات جراحة التجميل ، وكان متوسط عمر بداية حدوث الاضطراب هو (١٨) عاماً وكان ثلاثة أرباع العينة من الإناث والباقى من الذكور . وأجرى الباحثون على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت المقابلة الكلينيكية شبه التركيبية لتشخيص اضطراب تشوه صورة الجسم ، ومقياس اضطراب تشوه صورة الجسم Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) ، ومقياس يل برون للوسواس القهرى Yale-Brown Obsessive Complsive Scale(YBOCS) وذلك لقياس الوسواس القهرى المرتبط باضطراب صورة الجسم ، ومقياس مونتجمرى وأسبرج لتقدير الاكتئاب Montogomery & Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ، وقائمة الخواف الاجتماعى والقلق Social Phobia & Anxiety Inventory ، واستبيان المعتقدات بشأن العيب أو التشوه المدرك . وأظهرت النتائج ارتباط تشوه صورة الجسم بكل من الوسواس القهرى والاكتئاب والقلق والخواف الاجتماعى ، وذكر ٦٨% من الخاضعين للدراسة وجود عيوب متعددة تتعلق بالأنف والشعر والجلد ، والأسنان ، والوجه القبيح بصفة عامة ، والأرداف ، والأرجل ، والصدر ، والذقن ، والفم ، والفك معاً . وتوصى هذه الدراسة بأنه يجب على الإكلينيكيين سؤال المرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم من وقت إلى آخر أو بطريقة روتينية عما إذا كانوا يعانون من أعراض مرضية خاصة بالاكتئاب أو الخواف الاجتماعى أو الوسواس القهرى .

وقام نزروجلو وآخرون Neziroglu et al. (١٩٩٦) بدراسة تأثير العلاج المعرفي السلوكي على الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم ، واستخدموا في ذلك مجموعة كلية قوامها (١٧) مفحوصاً ممن تترلوح أعمارهم الزمنية بين (١٥ : ٤٥) عاماً ويعانون من اضطراب صورة الجسم المتمثل في الانشغال الزائد عن الحد بحجم الأنف ولون البشرة ، ونتيجة لذلك كانوا يقومون من وقت إلى آخر أو بطريقة متكررة بفحص هذه الأجزاء في المرآة كما كانوا يتجنبون أى تفاعل أو مشاركة اجتماعية . وتلقى أفراد هذه المجموعة برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي لمدة أربع أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً مدة كل منها ساعة ونصف . واعتمد البرنامج العلاجي على تصحيح وتعديل المواقف والأفكار السلبية والمشوهة التي تتعلق بالمظهر الجسمي ، وكذلك التعريض للمواقف التي يحاول المريض أن يتجنبها والتي تعمل على إثارة الصورة السلبية للجسم . وقد أظهرت النتائج حدوث نقص دال في أعراض تشوه صورة الجسم التي تتعلق بحجم الأنف ولون البشرة لدى أفراد العينة ؛ حيث اختفى الاضطراب لدى غالبية الحالات بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي ولدى باقي الأفراد في الدراسة التتبعية .

وقام كاش ولافالى Cash & Lavalee (١٩٩٧) بدراسة تهدف إلى استخدام العلاج المعرفي السلوكي الفردي في تعديل صورة الجسم لدى طالبات الجامعة . واستخدما في ذلك مجموعة كلية قوامها (١٢) طالبة ممن يعانين من اضطراب صورة الجسم ، واعتمد البرنامج العلاجي المستخدم على التوجيه الذاتي القائم على كتيب المساعدة الذاتية للعلاج المعرفي السلوكي لكاش Cash والذي يتم إجراؤه بدون الاتصال المهني وجهاً لوجه أو بطريقة مباشرة مع المعالج ، وتضمن البرنامج العلاجي إحدى عشرة جلسة علاجية مدة كل منها ساعة ونصف بواقع جلسة واحدة أسبوعياً ، وأوضحت نتائج القياس البعدي حدوث تحسن دال في مدى الرضا عن المظهر الجسمي وفي التوافق بصفة عامة . كذلك أوضحت النتائج استمرار حدوث التحسن الدال في صورة الجسم في القياس التتبعي ، وتدعم هذه النتائج استخدام العلاج المعرفي السلوكي الفردي في علاج المشاكل التي تتعلق بصورة الجسم .

وقامت سوزان سترومر Stromer (١٩٩٨) بدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين أو تعديل اضطراب صورة الجسم لدى عينة من الجنسين ، واستخدمت في ذلك مجموعة تجريبية قوامها (١٢٠) مفحوصاً ومفحوصة (٤٧ ذكراً ، ٧٣ أنثى) إلى جانب مجموعة ضابطة قوامها (١٢٤) مفحوصاً ومفحوصة ، وأجرت الباحثة على أفراد هاتين المجموعتين في القياسين القبلي والبعدي مقياس القلق المرتبط بصورة الجسم Body Image

Anxiety Scale ، ومقياس اضطراب أو تشوه صورة الجسم Body Dysmorphic Disorder Scale وخضع أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج للعلاج المعرفى السلوكى يعتمد على فنية التعليم النفسى مع استخدام تكنيك يعتمد على توفير المعلومات اللازمة عن الصورة المثالية أو الشكل المثالى للجسم كما تقدمه وسائل الإعلام مع الاستعانة برسوم بيانية بالكمبيوتر تتناول هذا الموضوع ، وتم عرض هذه المعلومات على أفراد المجموعة التجريبية خلال جلسة استمرت نصف ساعة تقريباً مع مناقشتهم فى كل ما يتعلق بخصوص هذه المعلومات . وأظهرت نتائج القياس البعدى لأفراد المجموعة التجريبية انخفاض معدل عدم الرضا عن المظهر الجسمى ، وكذلك معدل القلق المرتبط بصورة الجسم وذلك من جانب الإناث ، كما أظهرت النتائج وجود فرق دال بين متوسط درجات القياس البعدى بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالوعى بصورة الجسم .

وقامت إيرين واجونر Waggoner (١٩٩٨) بدراسة تهدف إلى اختبار مدى فاعلية التدخلات العلاجية فى تحسين إدراك صورة الجسم وتقدير الذات لدى عينة من الإناث فى مرحلة المراهقة المبكرة ، واستخدمت الباحثة فى ذلك مجموعة كلية قوامها (٢٣) فتاة بمتوسط عمرى قدره (١٢,١١) عاماً وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الكلية عشوائياً إلى ثلاث مجموعات فرعية بياناتها كالآتى :

- المجموعة الفرعية الأولى : وتلقى أفرادها برنامجاً للعلاج المعرفى (ن=٨) .
- المجموعة الفرعية الثانية : وتلقى أفرادها برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى (ن = ٨).
- المجموعة الفرعية الثالثة : تمثل المجموعة الضابطة ولم يتلق أفرادها أى برامج علاجية (ن=٧) ، ولكن تلقى أفرادها معلومات عامة عن اضطراب صورة الجسم داخل حجرة الدراسة.

وأجرت الباحثة على أفراد هذه العينة عدة أدوات تمثلت فى مقياس عدم الرضا عن المظهر الجسمى (المكون المعرفى)، واستبيان تجنب صورة الجسم (المكون السلوكى)، ومقياس التقديرات البصرية لحجم الجسم (المكون الإدراكى) ، وبروفيل الإدراك الذاتى (المكون الوجدانى) . وتضمن البرنامج العلاجى سبع جلسات علاجية تم التركيز خلالها على موضوعات المظهر الجسمى ، والمعتقدات السلبية المرتبطة بصورة الجسم ، والأخطاء المعرفية والتحصين ضد الضغوط ، والجوانب السلوكية لصورة الجسم ، ومنع حدوث الانتكاسة . وأوضحت نتائج القياس البعدى حدوث تحسن دال فى المكونات الثلاثة لاضطراب صورة الجسم

(المكون المعرفى ، والمكون السلوكى ، والمكون الإدراكى) مع حدوث تحسن دال فى تقدير الذات (المكون الوجدانى) وذلك لدى مجموعات الدراسة الثلاثة . كما أوضحت النتائج أيضاً أن العلاج المعرفى السلوكى قد أدى إلى حدوث تحسن دال فى الجانب السلوكى لإدراك صورة الجسم ، وقد أكدت نتائج القياس التتبعى بعد مرور عام على انتهاء البرنامج العلاجى استمرار تلك التغيرات .

وقام إليوت Eliot (١٩٩٨) بدراسة تهدف إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بمفرده ، و العلاج المعرفى السلوكى مضافاً إليه التمرينات الرياضية فى علاج صورة الجسم لدى عينة من السيدات ذوات الوزن العادى ويبحثن عن وسيلة لتحسين صورة أجسامهن ، وأجرى الباحث على أفراد العينة فى القياسين القبلى والبعدى عدة أدوات تمثلت فى مقياس عدم الرضا عن المظهر الجسمى (المكون المعرفى) ، واستبيان تجنب صورة الجسم (المكون الإدراكى) . وأوضحت النتائج أن التدخل العلاجى أدى إلى حدوث تغير فى كل مكون من المكونات الثلاث التى تتضمنها صورة الجسم ، وهى المكونات المعرفية ، والسلوكية ، والإدراكية، وكانت التمرينات الرياضية هى الأكثر تأثيراً على زيادة دقة المجال الإدراكى ، أما العلاج المعرفى السلوكى مضافاً إلى التمرينات الرياضية فكان له الأثر الأكبر فى حدوث الرضا عن صورة الجسم يليه العلاج المعرفى السلوكى بمفرده ، ولم يقلل العلاج بشكل عام من مدى تجنب المواقف المثيرة أو من الانشغال بوزن الجسم من جانب أفراد العينة أو من تقديرهن الذاتى لهذا الوزن .

وقام ألبرتينى وفيليبس Albertini & Phillips (١٩٩٩) بدراسة مقارنة لمدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير فى تخفيف حدة أعراض اضطراب صورة الجسم ، واستخدما فى ذلك مجموعة كلية قوامها (٣٣) مفحوصاً ممن تتراوح أعمارهم بين (١٦ : ١٧) عاماً ، وتم تقسيم أفراد المجموعة الكلية إلى مجموعتين فرعيتين :

المجموعة الفرعية الأولى : تلقى أفرادها العلاج بالعقاقير متمثلاً فى مشتقات السيروتونين (ن = ١٩).

المجموعة الفرعية الثانية : تلقى أفرادها برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى (ن = ١٤) .

وأوضحت النتائج أن المفحوصين الذين تلقوا العلاج بالعقاقير قد أبدوا تحسناً كبيراً فيما يتعلق بأعراض اضطراب صورة الجسم على حين لم يبد المفحوصين الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى تحسناً مماثلاً ، مما يعنى تفوق العلاج بالعقاقير على العلاج المعرفى السلوكى فى هذا

الصدد ، وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة استراكان وكاش Strachan & Cash (٢٠٠٢) التى أوضحت نتائجها أن العلاج بالعقاقير أو الأدوية أسفر فى الغالب عن نتائج غير ناجحة باستثناء عقار واحد هو الفلوكسوتين Fluoxotine أو كلوميبرامين Clomipramine مما يؤكد أن العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم هو الأكثر فاعلية فى علاج اضطراب صورة الجسم .

تعليق على الدراسات السابقة :

يتضح من العرض السابق أن غالبية الدراسات اعتمدت على عينات سكانية غير إكلينيكية (عادية أو سوية) وكانت جميعها من طالبات الجامعة نظراً لأن الاتجاه الإيجابى فيما يتعلق بصورة الجسم بين الإناث بصفة عامة هو الرشاقة ، وأن جميع الخاضعات للدراسة فى هذه الدراسات ذكروا مستويات عالية من عدم الرضا عن المظهر الجسمى والكثير منهم واجه مصاعب نفسية نتيجة لذلك . كما يتضح أيضاً من عرض الدراسات السابقة أن العلاج المعرفى السلوكى مؤثراً وفعالاً فى تحسين الجوانب المعرفية والوجدانية والتقيمية والسلوكية والإدراكية لصورة الجسم ، وأن معظم التغييرات الناتجة عن هذا العلاج قد استمرت أو تم الحفاظ عليها بعد العلاج وذلك كما أتضح من نتائج القياس التتبعى لهذه الدراسات ، علاوة على ذلك أتضح أن التغييرات التى حدثت لصورة الجسم نتيجة للعلاج المعرفى السلوكى أحدثت توافقاً على جوانب أخرى للأداء الوظيفى النفسى الذى يرتبط أو يصاحب صورة الجسم السلبية .

ومن خلال عرض الدراسات السابقة وجد أن هذه الدراسات جميعها أجريت فى ثقافات أجنبية ، وهذه الثقافات تختلف بطبيعتها عن الثقافة العربية مما قد يترتب عليه صعوبة الاستفادة مما تمخضت عنه هذه الدراسات من نتائج قبل معاودة إجراء مثل هذه الدراسات فى الثقافة المصرية ، وهو مادفع الباحث الحالى إلى إجراء الدراسة الحالية والتحقق من صدق النتائج.

فروض البحث :

صاغ الباحث الفروض التالية لتكون بمثابة إجابات محتملة لما أثاره فى مشكلة البحث من تساؤلات :

١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعة الضابطة فى كل من القياسين القبلى والبعدى لصورة الجسم .

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعتين التجريبية

والضابطة فى القياس البعدى لصورة الجسم وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية فى كل من القياسين القبلى والبعدى لصورة الجسم وذلك لصالح القياس البعدى .

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية فى كل من القياسين البعدى والتتبعى لصورة الجسم .

الطريقة والإجراءات :

١- العينة المستخدمة :

تم انتقاء عينة البحث وفقاً للخطوات التالية :

أ- تطبيق استخبار شكل الجسم المعدل إعداد : كوبر وآخرون Cooper et al. تعريب وتقنين مجدى الدسوقى (٢٠٠٣) ، ومقياس بيك الثانى للاكتئاب (د – ٢) إعداد: غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠) على مجموعة كلية قوامها ٥٠٠ طالبة من بين طالبات الفرقة الأولى بكلية التربية النوعية ، جامعة المنوفية ، وتصحيح كل منهما حسب التعليمات الخاصة به .

ب- انتقاء مجموعتين من بين أفراد هذه المجموعة الكلية قوام كل منها (١٥) طالبة إحداهما تمثل المجموعة التجريبية ، والأخرى تمثل المجموعة الضابطة وذلك من بين الطالبات اللآتى حصلن على درجات مرتفعة على استخبار شكل الجسم المعدل ، وعلى درجات أقل من (٢١) على مقياس بيك الثانى للاكتئاب .

جـ-إجراء المقابلة الشخصية الكلينيكية لأفراد هاتين المجموعتين (التجريبية والضابطة) للتأكد من الأعراض المحددة لاضطراب صورة الجسم ، وكان أفراد المجموعتين يعانون من اضطراب صورة الجسم منذ المرحلة الإعدادية ولكن بدون تاريخ مرضى محدد، وهذا يعنى أن فترة المعاناة امتدت أكثر من ثلاث سنوات ولم تتحسن . كذلك تم التأكد من أن أفراد هاتين المجموعتين لا يعانون من أية اضطرابات تتعلق بالأكل سواء فقدان الشهية العصبى أو الشره العصبى وقت إجراء الدراسة أو فى الماضى وفقاً لدرجاتهم على اختبار الشره أو النهم العصبى المعدل إعداد : ثيلين وآخرون Thelen et al. تعريب وتقنين مجدى الدسوقى (٢٠٠٣) ، واختبار اتجاهات الأكل الذى يقيس أعراض فقدان الشهية العصبى إعداد : جارنر وجارفينكل Garner & Garfinkel تعريب وتقنين مجدى الدسوقى (٢٠٠٣)

د التأكد من أن أفراد هاتين المجموعتين من ذوات الوزن العادى . وكذلك التأكد من

تجانس أفراد المجموعتين من حيث وزن الجسم ؛ حيث تراوحت أوزان المجموعتين بين (٥٨ – ٦٨) كيلو جرام بمتوسط قدره (٦١,٩) كيلوجرام ، وانحراف معيارى قدره (٢,٢١) بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية وبمتوسط قدره (٦٢,٥) كيلوجرام وانحراف معيارى قدره (٢,٤٩) بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة ، ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط وزن أفراد المجموعة التجريبية ، ومتوسط وزن أفراد المجموعة الضابطة ؛ حيث كانت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة بين هذين المتوسطين تبلغ (٠,٥٤) وهى قيمة غير دالة إحصائياً ، وهذا يعنى أن هاتين المجموعتين متجانستين إلى أبعد حد ممكن من حيث وزن الجسم .

هـ- قام الباحث بعد ذلك بالتحقق من تجانس أفراد هاتين المجموعتين (التجريبية ، والضابطة) من حيث اضطراب صورة الجسم ، كما يتضح من نتائج التطبيق القبلى لمقياس اضطراب صورة الجسم ، والجدول التالى يوضح ما توصل إليه الباحث من نتائج فى هذا الصدد .

جدول (١)

قيم (Z , W , U) لدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس القبلى لمقياس اضطراب صورة الجسم

المجموعة	ن	م	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل U	معامل W	قيمة Z	الدلالة
الضابطة	١٥	٤٨,٣	١٥,٦٧	٢٣٥,٠٠	١١٠,٠٠	٢٣٠,٠٠	-٠,١٠٤	غيردالة
التجريبية	١٥	٤٨	١٥,٣٣	٢٣٠,٠٠				

يتضح من جدول (١) عدم دلالة الفرق بين متوسطى الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس القبلى لمقياس صورة الجسم ، وهذا يعنى تجانس أفراد المجموعتين من حيث اضطراب صورة الجسم .

٢- الأدوات المستخدمة :

تم استخدام الأدوات الآتية :

أ- مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى المطور للأسرة :

إعداد : محمد بيومى خليل (٢٠٠٠)

تم استخدام هذا المقياس بغرض تحقيق التجانس لأفراد العينة فى متغير المستوى

الاجتماعى الاقتصادى الثقافى وقد اختار الباحث جميع أفراد العينة من المستوى المتوسط . ويقيس هذا المقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة من خلال ثلاثة أبعاد أساسية يتمثل أولها فى المستوى الاجتماعى ؛ وذلك من خلال الوسط الاجتماعى ، وحالة الوالدين ، والعلاقات الأسرية ، والمناخ الأسرى السائد ، وحجم الأسرة ، والمستوى التعليمى لأفراد الأسرة ، ونشاطهم المجتمعى ، والمكانة الاجتماعية لمهنهم . أما البعد الثانى فيتمثل فى المستوى الاقتصادى للأسرة ويقاس من خلال المكانة الاقتصادية لمهن أفراد الأسرة ، ومستوى معيشة الأسرة ، ومستوى الأجهزة والأدوات المنزلية ، ومعدل استهلاك الأسرة للطاقة ، والتغذية ، والرعاية الصحية ، والعلاج الطبى ، ووسائل النقل والاتصال للأسرة ، ومعدل إنفاق الأسرة على التعليم ، والخدمات الترويحية ، والاحتفالات ، والخدمات المعاونة ، والمظهر الشخصى والهندام لأفراد الأسرة ، ويتمثل البعد الثالث فى المستوى الثقافى للأسرة ويقيس المستوى العام لثقافة الأسرة من حيث الاهتمامات الثقافية داخل الأسرة ، والمواقف الفكرية للأسرة ، واتجاه الأسرة نحو العلم والثقافة، ودرجة الوعى الفكرى ، والنشاط الثقافى لأفراد الأسرة . ويعطى هذا المقياس ثلاث درجات مستقلة بمعدل درجة واحدة لكل بعد ، كما يعطى درجة كلية للأبعاد الثلاثة تتوزع على عدد من المستويات (مرتفع جداً ، مرتفع ، فوق المتوسط ، متوسط ، دون المتوسط ، منخفض ، منخفض جداً) . أما عن الصدق والثبات فقام معد الأداة بحساب الصدق والثبات بطرق متعددة ؛ حيث توصل إلى معاملات صدق وثبات عالية تطمئن إلى استخدام المقياس .

ب- مقياس اضطراب صورة الجسم : إعداد : الباحث الحالى

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على الأعراض المعرفية والسلوكية التى تصاحب اضطراب صورة الجسم التى تشيع بين الأشخاص الذين لا يشعرون بالرضا عن أجسامهم أو مظهرهم العام .

وفيما يلى عرض للخطوات التى اتبعها الباحث فى تصميم المقياس مع بيان أهم معالمه.

- **وعاء البنود :**

اشتقت بنود هذا المقياس من التراث السيكولوجى المتوافر وبخاصة الكتابات والآراء النظرية التى تناولت اضطراب صورة الجسم (تومسون Thompson ، ١٩٩٠ ؛ شلوندت وبيل Schlundt & Bell ، ١٩٩٣ ؛ روزين Rosen ، ١٩٩٥ ؛ كاش وهنرى Cash &

Henry ، ١٩٩٥؛ جيلفز واخرون .Gleaves et al ، ١٩٩٥ ؛ كاش وجرانت Cash & Grant ، ١٩٩٦ ؛ بوتا Botta ، ١٩٩٩ ؛ جروجان Grogan ، ١٩٩٩ ؛ ماكينلى McKinley ، ١٩٩٩ ؛ تيجمان ولنش Tiggemann & Lynch ، ٢٠٠١) .

- **الإطلاع على المقاييس السابقة :**

تم الإطلاع على عدد من المقاييس التى صممت لقياس صورة الجسم ، وذلك بهدف الاستفادة من هذه المقاييس فى إعداد المقياس الحالى ، ومن هذه المقاييس ما يلى :

- استخبار الأفكار الذاتية لصورة الجسم Body-Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) إعداد : كاش وآخرون .Cash et al (١٩٨٧) .
- استخبار شكل الجسم المعدل Body Shape Questionaire Revised (BSQ-R) إعداد : كوبر وآخرون .Cooper et al (١٩٨٧) تعريب وتقنين : مجدى الدسوقى (٢٠٠٣) .
- استخبار تجنب صورة الجسم Body-Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) إعداد : روزين وآخرون .Rosen et al (١٩٩١) تعريب وتقنين : مجدى الدسوقى (٢٠٠٢) .
- استخبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) إعداد : كاش Cash (١٩٩٤أ) تعريب وتقنين : الباحث الحالى ملحق (٣).
- قائمة مواقف الفتور أو اليأس من صورة الجسم Situational Inventory of Body Image Dysphoria (SIBID) إعداد : كاش Cash (١٩٩٤ب) .

- **صياغة البنود أو العبارات :**

اعتماداً على الخطوتين السابقتين تم صياغة (٣٤) بنداً أو عبارة صياغة عربية فصحى.

- **عرض البنود على المحكمين :**

تم عرض المقياس فى صورته الأولية على عدد من المحكمين المتخصصين فى علم النفس والصحة النفسية للحكم على مدى صلاحيته وصدق عباراته لقياس اضطراب صورة الجسم ، ولم يؤد هذا الإجراء إلى حذف أى عبارة من عبارات المقياس ولكن عدلت صياغة بعض العبارات فى ضوء التوجيهات التى أبداها السادة

المحكمون .

قام الباحث بعد ذلك بتطبيق المقياس على عينة مبدئية من طالبات الجامعة (ن = ٧٠) وذلك للتأكد من وضوح عبارات المقياس والوقوف بشكل دقيق على المشكلات التى تتعلق بفهم العبارات أو التطبيق أو التصحيح ، وقد اتضح أن المقياس على درجة عالية من الوضوح ، وأنه مناسب للتطبيق على طالبات الجامعة .

طريقة التصحيح :

تم وضع تعليمات بسيطة للمقياس تتضمن : أن تجيب المفحوصات على كل بند من بنود المقياس تبعاً لبدائل خمسة هى : دائماً ، غالباً ، أحياناً ، نادراً ، أبداً ، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتى : دائماً (٤) ، غالباً (٣) ، أحياناً (٢) ، نادراً (١) ، أبداً (صفر) . ويستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى تحصل عليها المفحوصة على المقياس مع ملاحظة أن العبارات التى تحمل أرقام (٦ ، ١١ ، ١٣ ، ١٩ ، ٢٢ ، ٢٤ ، ٢٥) تصحح فى الاتجاه العكسى ، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى الرضا عن صورة الجسم ، والدرجة المنخفضة تشير إلى اضطراب صورة الجسم .

صدق المقياس :

تم حساب صدق المقياس باستخدام الطرق الآتية :

١- الصدق البنائى أو التكوينى :

تم حساب الصدق البنائى أو التكوينى وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل بند مع الدرجة الكلية على بقية البنود بعد استبعاد قيمة هذا البند من الدرجة الكلية (ن = ١٩٠) ، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط الناتجة بين (٠,٢٩٨) ، (٠,٥٦١) وجميع هذه المعاملات دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وتشير إلى إتساق المقياس وصدق محتواه (بنوده) فى قياس ما وضع لقياسه ، والجدول التالى يوضح ذلك .

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجات العبارات مع الدرجة الكلية لمقياس اضطراب صورة الجسم ومستوى دلالة كل منها

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠,٥٢١	٠,٠١	١٢	٠,٤١١	٠,٠١	٢٣	٠,٤٨٣	٠,٠١
٢	٠,٤٢٧	٠,٠١	١٣	٠,٤٠٧	٠,٠١	٢٤	٠,٤٦٧	٠,٠١
٣	٠,٤١٦	٠,٠١	١٤	٠,٤٥١	٠,٠١	٢٥	٠,٤٦٥	٠,٠١
٤	٠,٤٠٨	٠,٠١	١٥	٠,٣٩٧	٠,٠١	٢٦	٠,٤١٣	٠,٠١
٥	٠,٢٩٨	٠,٠١	١٦	٠,٤٠٢	٠,٠١	٢٧	٠,٤٩٨	٠,٠١
٦	٠,٣٢٦	٠,٠١	١٧	٠,٤١٥	٠,٠١	٢٨	٠,٣٣٢	٠,٠١
٧	٠,٣٣١	٠,٠١	١٨	٠,٣٩٦	٠,٠١	٢٩	٠,٣٧٨	٠,٠١
٨	٠,٣٦٢	٠,٠١	١٩	٠,٤٠١	٠,٠١	٣٠	٠,٤١١	٠,٠١
٩	٠,٣٨٦	٠,٠١	٢٠	٠,٥٦١	٠,٠١	٣١	٠,٣١٩	٠,٠١
١٠	٠,٤٤١	٠,٠١	٢١	٠,٣٦٢	٠,٠١	٣٢	٠,٤٠٥	٠,٠١
١١	٠,٣٩٨	٠,٠١	٢٢	٠,٤٥١	٠,٠١	٣٣	٠,٣٩٢	٠,٠١
						٣٤	٠,٣٧٨	٠,٠١

٢- الصدق التلازمى :

تم التحقق من الصدق التلازمى للمقياس ، وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التى حصل عليها المفحوصات (ن = ٧٦) على المقياس الحالى وبين درجاتهم على استخبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) إعداد : كاش Cash (١٩٩٤أ) تعريب وتقنين الباحث الحالى فتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (٠,٥٦١) وهو معامل موجب و دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) مما يطمئن الباحث إلى توافر شرط الصدق بالنسبة للمقياس .

٣- الصدق التمييزى :

أجرى الباحث المقارنة الطرفية بين متوسطات درجات الطالبات اللاتى حصلن على درجات مرتفعة على مقياس اضطراب صورة الجسم ، ومتوسطات درجات نظراتهن اللاتى حصلن على درجات منخفضة على نفس المقياس (ن = ٢٠٠) ، وذلك بحساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى ٢٧% ، ودرجات أدنى ٢٧% فبلغت قيمة النسبة الحرجة (٢٩,٨٠) ، وتشير

هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) ، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين مرتفعي ومنخفضي اضطراب صورة الجسم ، والجدول التالي يوضح نتائج هذه المقارنة .

جدول (٣)

النسبة الحرجة لدلالة الفرق بين متوسط درجات الطالبات الواقعات ضمن أعلى٢٧% ومتوسط درجات نظرائهن الواقعات ضمن أدنى ٢٧% على مقياس اضطراب صورة الجسم

المجموعة	ن	م	ع	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
مجموعة الطالبات غير الراضيات عن صورة الجسم	٥٤	١٥,١٨	٢٠,١٩	٢٩,٨٠	٠,٠١	لصالح أفراد المجموعة الثانية
مجموعة الطالبات الراضيات عن صورة الجسم	٥٤	٣٩,٩١	٥,٧٢			

ثبات المقياس :

تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطريقتين الآتيتين :

١- طريقة إعادة الإجراء :

تم تطبيق المقياس على مجموعة كلية قوامها (٥٠) طالبة من بين طالبات الجامعة ، ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى على المجموعة نفسها بفاصل زمني قدره ثلاثة أسابيع ، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطالبات في التطبيقين الأول والثاني ، فتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (٠,٨٦٣) وهو معامل موجب ، ودال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) ، مما يشير إلى توافر شرط الثبات بالنسبة للمقياس .

٢- طريقة التجزئة النصفية :

تم تقسيم المقياس إلى نصفين أحدهما يتضمن العبارات الفردية والآخر يتضمن العبارات الزوجية ، وبعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين درجات الطالبات (ن = ٥٠) على العبارات الفردية ، ودرجاتهن على العبارات الزوجية فتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (٠,٨٧٠) وبعد أن استخدمت معادلة سبيرمان - براون لتصحيح هذا المعامل بلغ (٠,٩٣) وهو معامل ثبات مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) ويدل على أن المقياس يتمتع بقدر طيب من الثبات

جـ- استخبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد تعريب وتقنين : الباحث الحالى

أعد هذا الاستخبار كاش Cash (١٩٩٤ أ) وذلك لقياس الجوانب الذاتية الجسمية لصورة الجسم ، وقد استخدم الباحث هذا الاستخبار بغرض التحقق من صدق مقياس اضطراب صورة الجسم ، ويتكون الاستخبار من (٦٩) فقرة أو بنداً موزعة على سبعة مقاييس فرعية هى :

= المظهر العام General Appearance

ويعكس هذا المقياس الجهد المبذول للاهتمام بالمظهر ، والجهود السلوكية التى تهدف للمحافظة عليه ، والعبارات التى تمثل هذا المقياس هى : ١، ٢ ، ٥ ، ١١ ، ١٣ ، ٢١ ، ٢٢ ، ٢٣ ، ٣٠ ،٣١ ، ٣٢ ، ٣٩ ، ٤٠ ، ٤١ ، ٤٢ ، ٤٨ ، ٤٩ ، ٥٠ .

= اللياقة البدنية Fitness

ويعكس هذا المقياس تقييم وتوجه اللياقة البدنية ، والعبارات التى تمثل هذا المقياس هى : ٣ ، ٤ ، ٦ ، ١٤ ، ١٥ ، ١٦ ، ٢٤ ، ٢٥ ، ٢٦ ، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٥ ، ٤٣ ، ٤٤ ، ٥١ ، ٥٣ .

= الصحة العامة General Health

والعبارات الممثلة لهذا المقياس هى : ٨ ، ٩ ، ١٨ ، ١٩ ، ٢٨ ، ٢٩ ، ٣٧ ، ٣٨ ، ٤٦ ، ٤٧ ، ٥٢ ، ٥٥ ، ٥٦ .

= الرضا عن مناطق الجسم Body Areas Satisfaction

والعبارات الممثلة لهذا المقياس هى : ٦١ ، ٦٢ ، ٦٣ ، ٦٤ ، ٦٥ ، ٦٦ ، ٦٧ ، ٦٨ .

= الوزن الفعلى Subjective Weight

ويشير هذا المقياس إلى كيفية وضع الأشخاص لأجسامهم تحت عناوين ومسميات مختلفة تتدرج من " دون الوزن الطبيعى بدرجة كبيرة " إلى " زائد عن الوزن الطبيعى أو العادى إلى حد كبير " والعبارات الممثلة لهذا المقياس هى ٥٩ ، ٦٠ .

= الانشغال بالوزن Weight Preoccupation

والعبارات الممثلة لهذا المقياس هى : ١٠ ، ٢٠ ، ٥٧ ، ٥٨ .

= التوجه المتعلق بالمرض Illness Orientation

والعبارات الممثلة لهذا المقياس هى : ٣٧ ، ٤٦ ، ٤٧ ، ٥٥ ، ٥٦ .

ويتكون الاستخبار من ثلاثة مجموعات من الأسئلة :

- المجموعة الأولى : تشمل البنود من (١ : ٥٧) وتجيب عليها المفحوصات تبعاً لبدائل خمسة هى : لا أوافق تماماً ، لا أوافق غالبا ، لا أوافق ولا أعارض ، أوافق غالبا ، أوافق تماماً ، وقد

وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتى : لا أوافق تماماً (١) ، لا أوافق غالباً(٢) ، لا أوافق ولا أعارض (٣) ، أوافق غالباً (٤) ، أوافق تماماً (٥) ، مع ملاحظة أن العبارات التى تحمل أرقام: (٦ ، ١٥، ١٦ ، ١٧ ، ٢٣ ، ٢٥ ، ٢٨ ، ٣٠ ، ٣٢ ، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٧ ، ٣٨ ، ٤٠ ، ٤٢ ، ٤٣ ، ٤٥ ، ٤٧ ، ٤٨ ، ٤٩) تصحح فى الاتجاه العكسى للدرجات .

- **المجموعة الثانية** : تشمل البنود التى تحمل أرقام ٥٨ ، ٥٩ ، ٦٠ ، وتجيب عليها المفحوصة بوضع دائرة حول الرقم المجاور للبند الذى ينطبق عليها .

- **المجموعة الثالثة** : تشمل البنود من (٦١ : ٦٩) وتجيب عليها المفحوصات تبعاً لبدائل خمسة هى : غير راضٍ تماماً ، غير راضٍ فى معظم الأوقات ، لست راضياً أو غير راضٍ ، راضٍ فى معظم الأوقات ، راضٍ جداً ، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة هى: غير راضٍ تماماً (١) ، غير راضٍ فى معظم الأوقات (٢) ، لست راضياً أو غير راضٍ (٣) ، راضٍ فى معظم الأوقات (٤) ، راضٍ جداً (٥) ، ويستخدم الجمع الجبرى فى الحصول على الدرجة الكلية على الاستخبار وكذلك الدرجة الخاصة بكل مقياس فرعى (ملحق ٣) .

وقام الباحث بتطبيق الاستخبار على عينة مبدئية من طالبات الجامعة (ن = ٩٢) وذلك للتأكد من وضوح عبارات الاستخبار ، والوقوف بشكل دقيق على أى مشكلات تتعلق بفهم البنود أو التطبيق أو التصحيح وقد تبين من خلال هذا الإجراء أن الاستخبار على درجة عالية من البساطة والوضوح وأنه مناسب للتطبيق على طالبات الجامعة .

صدق الاستخبار :

أ- الصدق التلازمى :

تم التحقق من الصدق التلازمى للاستخبار ، وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التى حصل عليها المفحوصات (ن = ٧٦) علىالاستخبار الحالى وبين درجاتهم على مقياس اضطراب صورة الجسم إعداد الباحث الحالى فتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (٠,٥٦١) وهو معامل موجب و دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) مما يطمئن الباحث إلى توافر شرط الصدق بالنسبة للاستخبار .

ب- الصدق التمييزى :

أجرى الباحث المقارنة الطرفية بين متوسطات درجات الطالبات اللاتى حصلن على درجات مرتفعة على الاستخبار ، ومتوسطات درجات نظرائهن اللاتى حصلن على درجات منخفضة على نفس الاستخبار (ن = ٢٠٠) ، وذلك بحساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى ٢٧% ،

ودرجات أدنى ٢٧% فبلغت قيمة النسبة الحرجة (٩,٥٠) ، وتشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) ، مما يشير إلى قدرة الاستخبار على التمييز بين مرتفعي ومنخفضي صورة الجسم المضطربة ، والجدول التالي يوضح نتائج هذه المقارنة .

جدول (٤)

النسبة الحرجة لدلالة الفرق بين متوسط درجات الطالبات الواقعات ضمن أعلى٢٧% ومتوسط درجات نظرائهن الواقعات ضمن أدنى ٢٧% على استخبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد

المجموعة	ن	م	ع	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
مجموعة الطالبات غير الراضيات عن صورة الجسم	٥٤	٢٣,٢٢	١٢,٥٠	٩,٥٠	٠,٠١	لصالح أفراد المجموعة الثانية
مجموعة الطالبات الراضيات عن صورة الجسم	٥٤	٤١,١٨	٦,١١			

ثبات الاستخبار :

تم حساب ثبات الاستخبار باستخدام الطريقتين الآتيتين :

أ- طريقة إعادة الإجراء :

تم تطبيق الاستخبار على مجموعة كلية قوامها (٧٠) طالبة من بين طالبات الجامعة ، ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى على المجموعة نفسها بفاصل زمني قدره ثلاثة أسابيع ، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطالبات في التطبيقين الأول والثاني ، فتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (٠,٨٩٣) وهو معامل موجب ، ودال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) ، مما يشير إلى توافر شرط الثبات بالنسبة للمقياس .

ب- طريقة كرونباخ (معامل ألفا) :

تم تطبيق الاستخبارعلى مجموعة كلية قوامها (١٠٠) طالبة من بين طالبات الجامعة ، واستخدم أسلوب كرونباخ في التحقق من ثبات الاستخبار فتم التوصل إلى معامل ثبات قدره (٠,٩١) وهو معامل ثبات مرتفع ويدل على أن الاستخبار يتمتع بقدر طيب من الثبات .

البرنامج العلاجى المستخدم : **إعداد : الباحث**

استخدم الباحث أسلوب العلاج المعرفى السلوكى فهذا الأسلوب يعتبر مفيداً إلى درجة كبيرة ، وذلك عندما تكتشف المفحوصة أنها ليست وحدها التى تعانى من هذا الاضطراب ، كما أنه يوفر للأفراد فرصة أكبر للتدريب على تحقيق الذات ، والتعلم من خبرات الآخرين والتفاعل العلاجى والاجتمـــاعى خلال الجلسات وبعدها ، ويوفرأيضاً فرصة أكبر لتطبيق الواجبات المنزلية ، ويعتمد العلاج المعرفى السلوكى الجماعى على عدد من الفنيات أو الطرائق السلوكية مثل المناقشة ، وإعطاء المعلومات ، ومراقبة الذات ، وتحديد الأفكار المشوهة واللاعقلانية وتعديلها ، وإعادة البناء المعرفى ، والتدريب على الاسترخاء ، والتعريض ومنع الاستجابة أو ما يعرف بالتدريب التجنبى . وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات فاعلية هذا الأسلوب فى علاج اضطراب صورة الجسم .

أهداف البرنامج العلاجى :

يهدف البرنامج العلاجى المستخدم إلى تحقيق الأهداف التالية :

١- تحسين أوجه السلوك التى ترتبط باضطراب صورة الجسم .
٢- تصحيح وتعديل الأفكار السلبية والمشوهة التى تتعلق بالمظهر الجسمى .
٣- تقليل الأعراض المرضية التى ترتبط باضطراب صورة الجسم .
٤- تحسين التوافق النفسى العام لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم .

خطوات البرنامج العلاجى :

تم تنفيذ البرنامج العلاجى أثناء الفصل الدراسى الأول من العام الجامعى ٢٠٠٠/٢٠٠١، ويشتمل البرنامج العلاجى على ثلاثة عشر جلسة علاجية ، وكانت كل جلسة تبدأ بمقدمة عامة ثم تحديد موضوع الجلسة واستعراض شامل لمضمونها ، وبعد الانتهاء من البرنامج قام الباحث بمتابعة المفحوصات لمدة ثلاثة شهور ، حيث قام بتطبيق مقياس صورة الجسم لبيان أثر اســـتمرارية أو فاعلية البرنامج العلاجى ، وللتأكد من أن البرنامج العلاجى قد حقق الهدف المرجو منه .

عدد الجلسات:

استغرق تنفيذ البرنامج العلاجى ثلاثة عشر أسبوعاً تم خلالها تنفيذ (١٣) ثلاثة عشر جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً .

زمن الجلسات :

استغرق تنفيذ الجلسة الواحدة مدة زمنية قدرها ساعتان ، وكانت كل جلسة تبدأ بمقدمة تستغرق من (١٠ : ١٥) دقيقة وتشتمل على محادثة عامة ، ومراجعة للواجب المنزلى ، ويلى ذلك استعراض شامل لمحتوى الجلسة ، ثم تدخل لمدة ساعة تتغير عبر الجلسات ، وفى نهاية كل جلسة يتم مراجعة مضمونها ، وتحديد الواجب المنزلى .

جلسات البرنامج العلاجى :

قبل إجراء جلسات البرنامج العلاجى قام الباحث بتجميع أفراد المجموعة التجريبية بهدف تحقيق قدر مناسب من التعارف بينه وبينهم إلى جانب خلق بيئة أو وسط يتسم بالثقة بين المفحوصات والباحث ، ثم قام الباحث بشرح فكرة البرنامج العلاجى ومضمونه والفوائد أو النتائج التى يمكن أن تترتب على الاشتراك فى هذه اللقاءات أو الجلسات ، وبعد ذلك تم تقسيم أفراد المجموعة التجريبية إلى ثلاث مجموعات صغيرة قوام كل منها خمس مفحوصات كما تم الاتفاق على مواعيد الجلسات .

وفيما يلى عرض للإجراءات التى تضمنتها جلسات البرنامج العلاجى والأنشطة التى تم القيام بها فى كل جلسة .

الجلسة الأولى :

فى هذه الجلسة قام الباحث بتقديم نظرة شاملة ومناقشة عامة لمفهوم صورة الجسم ، وتأثير عدم الرضا عن صورة الجسم على تقدير الفرد لذاته وعلى المجالات الوظيفية الأخرى، والأسباب والعوامل التى يمكن أن تؤدى إلى اضطراب صورة الجسم سواء كانت اجتماعية أم ثقافية أم أسرية . كما قام الباحث بشرح الأفكار والمعتقدات التى تتعلق بالعلاج المعرفى السلوكى وخاصة فيما يتعلق بأسلوب التفكير والمشاعر وطرق التصرف أو السلوك وذلك حتى يصبح أفراد العينة على وعى بدورهم كمشاركين نشطين أو فعالين فى عملية التغيير . وبعد ذلك عرض الباحث بعض المعلومات التى تتعلق بسيكولوجية المظهر والتى تزيد من الأفكار العقلانية عن صورة الجســم وذلك حتى تفهم المفحوصات مكونات صورة الجسم والأسباب التى تؤدى إلى صــورة الجســم السلبية ، وفى نهاية الجلسة قام الباحث بإعطاء المفحوصات كتيب يتناول صورة الجسم مــن كل الزوايا ؛ حيث أوضح عدد كبير من الباحثين أن قراءة المعلومات تتعلق بالاضطراب تؤدى إلى الشعور بالارتياح وتدفع الأفراد الذين يعانون منه إلى محاولة التخلص منه .

الجلسة الثانية :

تهدف هذه الجلسة إلى زيادة فهم المفحوصات لاضطراب صورة الجسم ، والعوامل المختلفة التى تؤثر على صورة الجسم التى تتمثل فى التغيرات الجسمية والرسائل الثقافية التى تبثها وسائل الإعلام المختلفة ، وطلب الباحث من الخاضعات للدراسة أن يحددن الأجزاء الجسمية التى تسبب لهن الضيق والكرب ، وكذلك كشف المحفزات أو المنشطات لصورة الجسم السلبية ، والمواقف المترسبة والمعتقدات والأفكار والافتراضات والإدراكات الخاصة بالجسم والسلوكيات الناتجة عنها . ثم قام الباحث بعد ذلك بتعليم الخاضعات للدراسة طريقة المراقبة الذاتية وكلفهن بحفظ مفكرة يومية ، ثم طلب منهن عمل مدخلات لهذه المفكرة فيما يتعلق بتجارب صورة الجسم الحالية ، وأن تكون هذه المفكرة موجودة معهن فى كل جلسة لمناقشة مدخلاتها ، ومن خلال هذه المدخلات يقوم الباحث والمفحوصات بوضع أو تحديد أهداف علاجية واضحة وصريحة .

وهذه المقتطفات من الجلسة توضح بعض المدخلات التى أوضحتها إحدى المفحوصات القلقة من زيادة الوزن على الرغم من أنها ليست بدينة .

الباحث : أخبرينى عن بعض الأشياء التى حدثت لك قبل ذلك واكتشفتيها الآن ، وما الأشياء التى تحتاجيها لكى تشعرين شعوراً أفضل بشأن جسمك ؟.

المفحوصة : هناك أشياء حدثت لى فى الماضى ولم تكن نتيجة غلطتى ؛ حيث كانت أمى تبذل كل ما فى وسعها لتجعلنى طفلة بدينة ، وكان ذلك يجعلنى موضع نقد الأطفال الآخـــرين ، وأنا حتى هذه اللحظة مازلت أشعر فى نفسى بالحزن بشأن وزنى ، ومن الصعب ألا أشعر بالضغوط الاجتماعية التى تتمثل فى تعليقات الآخرين بشأن الأفراد السمان ؛ لذلك أريد أن أكون طويلة ونحيفة وجميلة وبالتالى أتوقف عن كراهية نفسى.

الباحث : إذن فإن أحد أهدافك أن تبدأى نسيان هذه التجارب غير الســارة بالنســبة لك ، وتبدأين فى النظر إلى نفسك وتتعاملين معها بطريقة مختلفة .

المفحوصة : لقد اضطررت إلى ذلك ، ولا أعرف كيف حدث هذا الاضطرار ؟

الباحث : حسناً إن تعلم الكيفية أو الطريقة هو بالضبط ما يحدده أو يهدف إليه العلاج فاستناداً إلى المقياس الذى قمتِ بالإجابة عليه وللأولويات التى دونتيها فى مفكرتك اليومية يمكن فى ضوئها أن تكونى أفضل بكثير ، والذى سوف يختلف فقط هو أسلوب حياتك اليومية إذا رغبت فى أن تعاملى نفسك بطريقة أفضل .

المفحوصة : هناك أشياء كثيرة سوف أتخلص منها مثل الميزان الملعون الموضوع فى حجرة نومى ، وسأمارس الرياضة حتى أكون رشيقة بدلاً من القلق بشأن أننى أبدو بدينة ، وسأتخلص من الاعتقاد بأن الآخرين يكرهون جسمى ، وسألقى بكل الملابس الفضفاضة فى سلة المهملات ، وأرتدى كل ما أحب أن أرتديه .

الباحث : أوافقك فى الرأى ، فإذا قمتِ بعمل هذه الأشياء ستكون علاقتك بجسمك سعيدة بدرجة كبيرة ، وخلال هذا الأسبوع أريد منك أن تدونى أهدافك وتحدديها بكل دقة ، وأرجو منك أيضاً أن تدونى فى قائمة أخرى الأهداف التى يمكن أن تفكرى فيها والتى ستساعدك على أن يكون لديك صورة أكثر إيجابية عن جسمك ، وفى الجلسة القادمة سنقوم بمراجعة هذه الأشياء والأهداف ونبدأ فى العمل على تحقيقها .

الجلسة الثالثة :

تهدف هذه الجلسة إلى تسهيل تعريض المفحوصات للأحداث الموقفية الممكن حدوثها والتى تثير الفتور أو اليأس من صورة الجسم ، كما يتم تدريبهن على التخلص من السلوكيات الانهزامية للذات والاشتراك فى السلوكيات التى تم تجنبها من قبل والهدف الضمنى من ذلك هو المساعدة على التفاعل والاندماج مع الآخرين وتفيد فنية لعب الأدوار بطريقة عكسية فى تقوية الاعتقاد البديل ، ويتم إجراء هذه الخطوة كطريقة للتحكم الذاتى أو الضبط الذاتى على سلب الحساسية حتى يتم التخلص من الضيق المتعلق بالجانب الجسمى ، ويطلب من المفحوصات تكرار هذه الخطوة عدة مرات فى المنزل كواجب منزلى مع إعطائهن تعليمات بأن يسجلن فى مذكراتهن اليومية أية أفكار أو معتقدات ترتبط بصورة الجسم وأثرها على وجدانهم وسلوكهم كذلك عليهم أن يحددوا الأفكار اللاتواؤمية ويسجلونها فى تلك المذكرات حتى يتم التعامل معها بعد ذلك أو تصحيحها .

الجلسة الرابعة :

فى هذه الجلسة يطلب الباحث من المفحوصات تحديد سلمين هرميين الأول : للأجزاء أو المعالم الجسمية التى تسبب الضيق وعدم الرضا (الأوراك - الأرداف - الأسنان الأمامية - العينان - الأنف - شكل الصدر ... الخ) ، والثانى : للمواقف أو الأحداث التى تثير الضيق أو الانزعاج المتعلق بصورة الجسم وذلك :

- عند ارتداء الملابس التى تظهر معالم الجسم .
- عند ارتداء الملابس ذات الألوان المفضلة .

- عند القيام بوزن الجسم .
- عندما تكن بصحبة الإناث الأخريات .
- عندما تكن على الشاطئ أو البلاج بلباس البحر .
- عندما يركز الآخرون نظراتهم على الجزء الأسفل من الجسم .
- عندما يَرَاهن الآخرون وهم يرتدين الملابس الرياضية .
- عندما يعلق الآخرون على بدانة شخص ما .
- عندما يقمن بقياس الملابس فى متجر ما .

وفى المحاولات الأولى لسلب أو نزع الحساسية يستخدم المفحوصات مهارة الاسترخاء بهدف التخلص من القلق وتقليل عدم الارتياح ، ويتم تدريب المفحوصات على تنفيذ سلب الحساسية على انفراد فى المنزل أمام مرآة كاملة الطول بهدف التخلص من الضيق وعدم الارتياح مع تسجيل أية مشاكل قد تحدث أثناء هذه الخطوة . ويتم هذا الإجراء كالآتى : يطلب من المفحوصة أن تواجه مرآة بطول الجسم على بعد متر واحد وتنفذ مجموعة من التعليمات تتمثل فى النظر جيداً إلى جسمها من الرأس إلى القدمين مع عمل دورة كاملة للجسم لفحصه من جميع الجهات وتكرار ذلك عدة مرات وبعد ذلك تدون فى مفكرتها أية انفعالات أو إحساسات جسمية تشعر بها . والتدريبات أمام المرآة هامة جداً ويجب تدريب المفحوصات على مجابهتها بدلاً من تجنبها لأنها تساعد المفحوصات على تفهم أسباب صورة الجسم السلبية كما أنها تساعد على انطفاء السلوك غير المرغوب أو التخلص منه .

الجلسة الخامسة :

فى هذه الجلسة يتم تدريب المفحوصات على التحصين التدريجى ضد التوتر والانعصاب وذلك من خلال تخيل المفحوصات لمواقف تثير أفكاراً ومشاعر سلبية نحو الجسم إذ إن التعرض الحقيقى لمواقف مشابهة فيما بعد يكون مفيداً فى مواجهة عناصر المثير التى تسبب الضيق والقلق وعدم الراحة كما يتم مناقشة الانفعالات أو الإحساسات الجسمية التى دونتها كل مفحوصة على حدة مع التأكيد على عدم الشعور بالحرج وأن تسأل كل مفحوصة ما تشاء من الأسئلة . وفى نهاية الجلسة تم تكليف المفحوصات بواجب منزلى يتمثل فى تسجيل الأفكار اللاعقلانية التى تراودهن بين الحين والآخر ، والأثر الوجدانى والسلوك الذى يتبع ذلك كما طلب من كل مفحوصة أن تكتب الأحاديث الذاتية التى تلح عليها أو تراودها عند مواجهة موقف ما بهدف مناقشتها والتدريب على كيفية التعامل معها .

الجلسة السادسة :

تهدف هذه الجلسة إلى الكشف عن الأفكار والمعتقدات غير التواؤمية لافتراضات المفحوصات التى تعمل كعامل أساسى لمحنتهم وضيقهم المتعلق بصورة الجسم ، وفى هذه الجلسة يطبق على المفحوصات قائمة الأبنية المعرفية للمظهر The Appearance Schemas Inventory (ASI) إعداد : كاش وجرانت Cash & Grant (١٩٩٦) تعريب الباحث الحالى (ملحق ٢) ، وبعد استكمال المفحوصات لهذه القائمة يقوم الباحث بالاشتراك مع كل مفحوصة بفحص الاستجابات الخاصة بها بهدف الكشف عن مصادر المحنة أو الضيق أو الكرب ويلى ذلك حوار يقوم فيه الباحث بتوجيه المفحوصة لكى تكتشف الحقيقة ويدور الحوار حول ما المشكلة ؟ ولم تعتقدين فى ذلك ؟ ثم يقوم الباحث بتكرار أو إعادة التأكيد على استجواب المفحوصات أو سؤالهن بشأن هذه الافتراضات والتكليف بالواجب المنزلى ، ويطلب فى الواجب المنزلى من كل مفحوصة أن تكتب عبارات أكثر دقة وعقلانية عن افتراضاتها كأن تكتب " عندما افترض .... إذن فإننى أعتقد ...... وأشعر ...." .

الجلسة السابعة :

فى هذه الجلسة يقوم الباحث بمراجعة الواجب المنزلى لافتراضات المفحوصات بهدف البحث والتفتيش عن المعتقدات الضمنية التى تسبب اضطراب صورة الجسم حتى يفهم لب أو جوهر الحقيقة مع تجنب الهجوم على عبث افتراضات المفحوصات وعدم معقوليتها أو تنافيها مع المنطق ، كما تم تدريب المفحوصات على الأحاديث الذاتية التى تراودهن وتلح عليهن عند مواجهة موقف ما ، وما يمكن أن تقوله المفحوصة لنفسها لمواجهة ذلك الحديث الداخلى المثبط للذات .

وهذه المقتطفات من الجلسة بين الباحث وإحدى المفحوصات التى وافقت بشدة على الافتراضين الثالث والسابع من قائمة الأبنية المعرفية للمظهر ونصهما " يُعبر المظهر الخارجى للفرد عن شخصيته ، ومظهرى هو المسئول إلى حد كبير عن الكثير مما يحدث لى من معاناة " .

الباحث : أنت تقولين إنك تعتقدين أن مظهر الشخص الخارجى يعتبر علامة لشخصيته . هل يمكنك أن تتذكرى استثناء لهذا الاعتقاد؟ ربما أنك قد قابلت شخصية ما وكونتى عنها انطباعاً

أولياً يعتمد على مظهرها ، ولكنك اكتشفت بعد ذلك أن مظهرها الخارجى لا يعكس ما تبدو عليه هذه السيدة فى الحقيقة .

المفحوصة : نعم هذا ما حدث لى عدة مرات فإننى أتذكر أننى قابلت سيدة جميلة ذات مرة فى إحدى الندوات ، وفى الحال اعتقدت أنها بلهاء فأنت تعرف هذا النموذج المتكرر ، وبعد ذلك تقابلت أنا وهى فى السوبر ماركت وتحدثنا معاً لفترة من الوقت ، وقد أعجبت بها فى الحقيقة فكانت تبدو ذكية ودودة ، ومن الواضح أننى كنت مخطئة فى اعتقادى الأول عن شخصيتها .

الباحث : إذاً فالحكم على الكتب من غلافها الخارجى يمكن أن يكون حكماً غير دقيقاً . سأراهن بأنك لو فكرتى فى ذلك فسوف تخرجين بالكثير والكثير من هذه الأمثلة . والشئ المهم هو أن يكون لديك دليل فعلى استثنائى لما تعتقدين فيه ، والآن أريد منك أن تفكرى فى كيفية احتمال تطبيق هذا الاعتقاد عليك وعلى مظهرك ، وهل مظهرك الخارجى يعتبر بالضرورة إنعكاساً لشكلك من الداخل ؟

المفحوصة : تبتسم لقد فهمت الأمر فأنا أحتاج أن أسأل نفسى عندما أقوم بعمل هذه الافتراضات العامة ، وهناك مشكلة وفقاً لهذا الافتراض تنطبق علىّ وهى أن مظهرى لا يوحى بأى شئ عن ذلك .

الباحث : بالضبط فأنت أفضل بكثير مما تبدين أو مما يوحى به مظهرك . وما يجب عليك أن تفعليه الآن أن تدونى ما تفكرين فيه أو ما يسيطر عليك وما شعورك عندما يسيطر عليك هذا الافتراض ؟ وسوف يعطيك هذا فكرة جيدة لكيفية عمل هذه الافتراضات ضد مصلحتك ؟ وأيضاً قومى بعمل قائمة تدونين فيها الافتراضات التى تتحدى هذا الاعتقاد ، وأريد منك أن تصبحى على ألفة ودراية بهذه الافتراضات عن طريق قولها بصوت عالى لنفسك .

المفحوصة : قامت بكتابة هذه العبارات للتحدى : " إن شخصيتى ليس لها علاقة بمظهرى أو بالطريقة التى أبدو عليها وأننى أعبر عن واقعى الحقيقى فى أفعالى وهذا ما يلاحظه الآخرون فى " . وبالنسبة للافتراض الثانى المتعلق بمظهرها ذكرت " أننى خجولة ولدىّ حياء وأفتقد موهبة التقرب أو التودد إلى الآخرين ، وليس هذا بسبب مظهرى ، وفى استطاعتى أن أغير سلوكى وأتخلص من هذا الخجل أو الحياء " ،

وبممارسة هذه التحديات لافتراضاتها أصبحت تعتقد بدرجة أكبر في معتقداتها الجديدة وأصبح لديها القدرة على أن تتنبأ مسبقا بالمحنة أو الضيق أو الشدة والافتراضات الخاطئة في مواقف سلوكية أو حياتية معينة .

الجلسة الثامنة :

تهدف هذه الجلسة إلى اكتشاف وتصحيح الأخطاء المعرفية التى تتعلق بصورة الجسم وتسبب المتاعب والضيق للمفحوصات والعمل على تصحيحها بالمزيد من الحوارات العقلانية التى تقاوم المعتقدات غير العقلانية مع تعليم الخاضعات للدراسة التدريب والتحصين ضد التوتر من خلال تخيل مواجهة موقف من المحتمل أن يثير أفكاراً سلبية عن صورة الجسم ، وإعطاء تدريبات ونماذج تساعد المفحوصات على تنمية أو تطوير استراتيجيات الحديث الذاتى الناقد من خلال كتابة العبارات الذاتية والتفسيرات التى تعكس كل اعتقاد ، ويلى ذلك مناقشة مضادة لكل عبارة من العبارات التى تعكس هذه الأخطاء ، وبعد ذلك يتم تدريب المفحوصات على أن يُكونَّ حججاً مضادة وأفكاراً عقلانية لكى يتحدين المعتقدات غير العقلانية المشوشة ويمكن للمفحوصات أن يستخدمن عبارات ذاتية موجبة ويتم تدريبهم على أن يعززن أنفسهن . ومن المعتقدات غير العقلانية الشائعة المتعلقة بحجم وشكل وصورة الجسم والتى دونتها المفحوصات ما يلى :

١- قيمتى الشخصية ترتبط بطريقة مباشرة بوزنى .
٢- مظهرى سئ جداً لدرجة أننى لا أحب أن يرانى أحد .
٣- إذا إلتصقت أوراكى عندما أكون واقفة فهذا يعنى أننى بدينة للغاية .
٤- إذا كانت ملابسى غير مناسبة لمقاسى جيداً فإن كل فرد سيلاحظ ذلك .
٥- عندما يحملق الناس فىَّ فهذا يعنى أننى زائدة فى الوزن أكثر من اللازم .
٦- ينبغى أن يكون شعرى منسق جيداً وإلا سأبدو بشعة المظهر .
٧- عندما أتناول الأغذية الغنية بالمواد الكربوهيدراتية أو الدهنية فإنها تظهر فى الحال على أوراكى .
٨- أشعر أننى متميزة عندما أكون رفيعة أو نحيفة .
٩- إن مستوى لياقتى البدنية يعتمد على كمية الدهون فى جسمى فكلما يقل محتوى الدهون أكون أكثر صحة .

الجلسة التاسعة :

فى هذه الجلسة قام الباحث بإجراء المناقشات والمجادلات المضادة للمعتقدات غير العقلانية التى دونتها كل مفحوصة وذلك من خلال قراءة كل مفحوصة بصوت عال لمناقشاتها المضادة الجديدة ؛ وذلك بهدف إعادة البناء أو التركيب المعرفى الصحيح فالاستماع إلى عبارات ذاتية أكثر عقلانية تناقش الأخطاء وتعارضها يسهم بدور كبير فى تحسين صورة الجسم بشكل تدريجى . كما يتم التركيز على أوجه أو نماذج السلوك غير التواؤمية المصاحبة لصورة الجسم السلبية والتى تهدف إلى إخفاء العيوب المدركة ، وعلى الرغم من أن ذلك قد يساعد على عدم الرضا عن صورة الجسم إلا أن عملية التزيين أو التجميل التى تتمثل فى استخدام ملابس معينة أو أدوات للتجميل أو تسريحة شعر معينة ، وكذلك الاهتمام بالهندام كل ذلك يؤدى إلى الطمأنينة الاجتماعية . وفى نهاية هذه الجلسة طلب الباحث من المفحوصات أن يتصرفن بطريقة إيجابية ؛ كأن يتحركن ويلبسن ويتفاعلن مع الآخرين كما لو كان لديهن صورة موجبة للجسم مع التأكيد على تكرار هذه التصرفات وتدوين أية ملاحظات فى مفكرتهن اليومية لمناقشاتها فى الجلسة التالية .

الجلسة العاشرة :

تركز هذه الجلسة على تطبيق سلسلة من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية التى تقلل أو تخفض الأنماط التجنبية والقهرية وتقوى سيطرة المفحوصات عليها . كما يتم تحديد أوجه السلوك غير التواؤمية لصورة الجسم التى تسبب انهزام الذات ؛ وذلك من خلال قيام كل مفحوصة ببناء ترتيبات أو تدرجات تصاعدية للسلوكيات التجنبية ، ويتم ترتيب هذه البنود أو الفقرات حسب توقعات كل مفحوصة من صفر (عدم وجود ثقة) إلى ١٠ (وجود ثقة تامة) بمعنى أن المفحوصة سيكون لديها القدرة على أن تواجه أو تنفذ أى شئ يتم تجنبه ويتم ذلك وفقاً للإجراءات الآتية :

أ- الإعداد والتدريب على خطة محددة لمواجهة التجنب أو مقاومة العادات التى كانت تتبعها المفحوصة .

ب- العمل وفقاً للخطة .

جـ-المجاهدة وذلك باستخدام أسلوب الاسترخاء ، والتفكير الصحيح لمواجهة أى مضايقة .

د- الاستمتاع ومكافأة الذات . ويرمز للاستراتيجية السابقة بالرمز PACE حيث P ترمز للاستعداد Prepare ، A ترمز للعمل أو الفعل Act ، C نرمز للمجاهدة Cope ، E ترمز للاستمتاع Enjoy (كاش وجرانت Cash & Grant ،١٩٩٦ ، ص ٦٠٠) .

وتقوم المفحوصات بتطبيق الاستراتيجية السابقة لمواجهة السلوكيات التجنبية ، وكذلك سلوكيات التمويه أو الإخفاء على أى تشوه لصورة الجسم ، وبعد كل محاولة تقوم المفحوصات بتدوين النتائج فى المفكرة اليومية ، وبتكرار هذه الاستراتيجية عدة مرات تتحرك المفحوصات إلى أعلى فى الترتيب الهرمى أى من الأنشطة السهلة إلى الأنشطة الصعبة .

الجلسة الحادية عشرة :

تركز هذه الجلسة على علاج التجنب أو الإحجام السلوكى ؛ وذلك من خلال اتباع طريقة تدريجية مشابهة للطريقة المتبعة فى الجلسة السابقة ؛ وذلك لتنفيذ فنية التعريض ومنع الاستجابة بهدف تقليل الانشغال الزائد عن الحد بالمظهر أو الأشياء التى اعتادت المفحوصات على عملها بطريقة قهرية أو إجبارية ، وذلك من خلال وضع جدول لأوجه السلوك التى تتطلب التعديل أو الإصلاح ، كما طلب من كل مفحوصة أن تختار موقفين تم تجنبهما عندما كانت متضايقة من مظهرها كارتداء ملابس ضيقة مثلاً ، وأن يتنبأن بما يمكن أن يحدث إذا تعرضن لهذه المواقف ، وتم تكليفهن بأداء أنشطة الواجب المنزلى التى تكونت من تعريض أنفسهن للمواقف التى تسبب الضيق أثناء التدريب أو أثناء عمل البروفات الإيجابية .

وفى هذه الجلسة أيضاً تم تدريب الخاضعات للدراسة على الاشتراك فى أوجه السلوك التى تعطى للخاضعات للدراسة إحساساً بالتمكن والسرور والرضا عن الجسم ، وأثناء التدريب كان الباحث يحث المفحوصات على تنفيذ الأعمال الإيجابية بهدف تحسين الأفكار والمشاعر المحببة التى تتعلق بصورة الجسم مثل تكليف كل مفحوصة بالقيام بتدريب يسمى " كتابة الأخطاء " للمساعدة فى تغيير اتجاهاتهن نحو أجسامهن ، وفى هذا التدريب تقوم كل مفحوصة بكتابة خطاباً لجسمها فى محاولة منها لتحسين العلاقة بينهما ، ويقوم الباحث بتقديم أمثلة ويشرح أنه يجب على كل مفحوصة أن تفكر فى الخطاب على أنه كتابة لصديقة بعيدة تريد أن تجدد الاتصال بها وتبدأ معها صداقة جديدة . وتم إعطائهن واجب منزلى يهدف إلى زيادة التجارب الإيجابية مع الجسم

بهدف تحسين علاقة المفحوصات فى تعاملهن مع جسمهن بطريقة صحيحة حتى ينمو لديهن إحساس بالصحة واللياقة يؤدى فى النهاية إلى تكوين علاقة إيجابية بين الجسم والذات .

الجلسة الثانية عشر :

وتهدف هذه الجلسة إلى منع الانتكاس والمحافظة على تغييرات صورة الجسم ، وتبدأ هذه الجلسة بمراجعة الواجب المنزلى الخاص بالجلسة السابقة . وبعد ذلك يطلب الباحث من المفحوصات تقييم مدى تقدمهن فى إحداث تغييرات موجبة لصورة الجسم ، ويقوم الباحث بتشجيعهن على تعميم المهارات المعرفية والسلوكية الخاصة بصورة الجسم على جوانب أخرى من حياتهن ، وبعد ذلك يقوم الباحث والمفحوصات بتحديد أى جوانب لمشكلات متبقية ويحددن أهدافاً جديدة لصورة الجسم مثل الشعور بدرجة أفضل بشأن مناطق معينة من الجسم أو اكتساب مزيد من السيطرة على الأفكار والمشاعر والمواقف التى تؤدى إلى الضيق أو الكرب ، وأثناء ذلك يعمل الباحث على مساعدة المفحوصات على اكتساب الوسائل التى تمكنهن من التغلب على المشاكل البينشخصية ، وانتاج حججاً مضادة لأية أفكار أو معتقدات غير عقلانية ، وكذلك تدريبهن علىّ أن يعززن أنفسهن بطريقة ملموسة وحقيقية ، وفى نهاية الجلسة طلب الباحث من المفحوصات تدريب أنفسهن على حضور مواقف مختلفة دون أن يكون لها أثر سلبى عليهن كواجب منزلى وتدوين أى ملاحظات فى مفكرتهن اليومية لمناقشاتها فى الجلسة القادمة .

الجلسة الثالثة عشر والأخيرة :

تبدأ هذه الجلسة بمراجعة الواجب المنزلى الخاص بالجلسة السابقة ثم استعراض المكونات الأساسية للبرنامج العلاجى ، والأساليب الفنية الخاصة بالمحافظة على المكاسب أو المزايا بعد العلاج . وبعد ذلك عرض الباحث بعض المواقف الصعبة التى من الممكن أن تواجه المفحوصات ، ويصعب عليهن التفاعل معها بهدف معرفة مدى تقدمهن فى العلاج وذلك من خلال مشاركتهن فى وضع الحلول المقترحة لها والتصرف حيالها مع التأكيد على أن نهاية العلاج ليست نهاية المطاف أو التغيير مع ترك الباب مفتوحاً للتعزيز أو إحراز مزيد من التقدم لمعالجة أية مشكلة قد تواجه المفحوصات . ثم قام الباحث بإجراء القياس البعدى لمقياس صورة الجسم ، وبعد الانتهاء منه وجه الشكر للمفحوصات على حسن تعاونهن فبادلوه نفس المشاعر ،

وحثهم على الاستفادة من الجلسات العلاجية في مختلف مواقف الحياة اليومية ، وذلك أثناء الحفل الترفيهى الذى أقامه الباحث وشارك جميع المفحوصات فى إعداد فقراته وتنفيذها والتى تمثلت فى الألعاب الجماعية والأغانى والمسابقات ، ولإيجاد حلقة وصل لتقوية وتعزيز التغيرات تم الاتفاق على موعد القياس التتبعى بعد ثلاثة شهور .

نتائج البحث وتفسيرها :

النتائج المتعلقة بالفرض الأول :

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لصورة الجسم ، وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية " .

ولاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان – ويتنى Mann-Whitney واختبار ويلكوكسون Wilcoxon وقيمة النسبة الحرجة (Z) كأساليب لابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين فى القياس البعدى لصورة الجسم ؛ وذلك للوقوف على دلالة ما قد يطرأ عليها من تغير كما تعكسه درجاتهم على مقياس صورة الجسم ثم الرجوع إلى متوسطات الدرجات للتعرف على اتجاه دلالة تلك الفروق ، والجدول التالى يوضح ما توصل إليه الباحث من نتائج فى هذا الصدد .

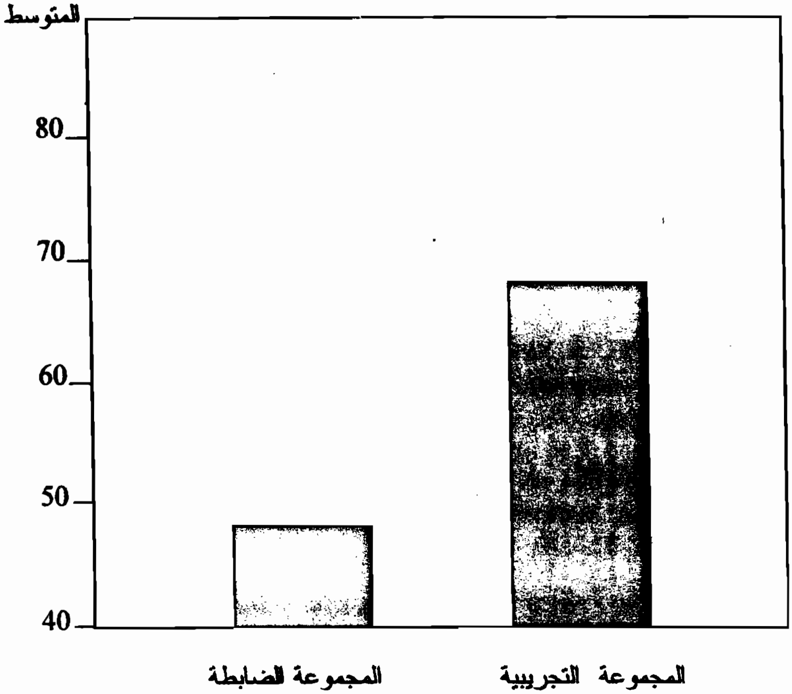
جدول (٥)

قيم (Z , W , U) لدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لصورة الجسم

المجموعة	ن	م	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل U	معامل W	قيمة Z	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة	١٥	٤٨,١٣	٨,٠٠	١٢٠	صفر	١٢٠	٤,٦٧٥-	٠,٠١
المجموعة التجريبية	١٥	٦٩,٣٣	٢٣,٠٠	٣٤٥				

يتضح من جدول (٥) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط رتب الدرجات التى حصل عليها أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب صورة الجسم ، ومتوسط رتب الدرجات التى حصل عليها أفراد المجموعة الضابطة على نفس المقياس المستخدم وذلك فى القياس البعدى ، وبالرجوع إلى متوسطى درجات أفراد المجموعتين يتضح أن الفرق

لصالح أفراد المجموعة التجريبية ، ويرجع ذلك إلى أن أفراد المجموعة التجريبية تلقوا برنامجاً علاجياً لتعديل صورة الجسم المضطربة أسفر عنه تحسن جوهرى أو دال لصورة الجسم ، والرسم البيانى التالى يوضح ذلك



شكل (١) رسم بيانى لمتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ، ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس البعدى لصورة الجسم

يتضح من الرسم البيانى أن أفراد المجموعة التجريبية ارتفع لديهم مستوى الرضا عن صورة الجسم بعد تطبيق البرنامج العلاجى مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة وهذا ما يحقق صحة الفرض الأول .

- ويعنى ذلك كفاءة برنامج العلاج المعرفى السلوكى فى تعديل التشوه الإدراكى لصورة الجسم لدى أفراد المجموعة التجريبية ؛ حيث كانت درجات عدم الرضا عن صورة الجسم لدى الحالات منخفضة قبل تطبيق البرنامج العلاجى علاوة على ما عبرت عنه كل الحالات خلال الجلسات عن إحراجها الشديد وضيقها وتأثرها بشكل الجسم ، والشكوى من العيوب الجسمية ، والعزلة أو التجنب الاجتماعى ، وعدم

الرغبة فى مقابلة الآخرين ، والشعور بأن الآخرين يمقتونهم ويشمئزون منهم وقد نجح البرنامج فى مساعدة الحالات على تحسين إدراك صورة الجسم وربما كان ذلك واضحاً فى خفض معدل الفحص المتكرر أو الدائم للجسم أمام المرآة ، والشعور بضيق أقل عند النظر فى المرآة ، والتخلص من عدد كبير من المعتقدات المختلة لصورة الجسم ، وتعديل وتصحيح الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بعدم الرضا عن المظهر الجسمى، والتعرض للمواقف التى كان يتم تجنبها من قبل ، ويؤكد ذلك كاش Cash (٢٠٠٢) حيث يرى أن العلاج المعرفى السلوكى يسهم بدور كبير فى تعديل أو تصحيح الأفكار السلبية والمشوهة التى تتعلق بالمظهر الجسمى ، وكذلك التعريض للمواقف التى كانت تثير ما يرتبط بالمظهر الجسمى من أفكار غير عقلانية كانت تعمل على إثارة صورة الجسم السلبية فيما مضى (ص١١٠) .

وتتفق هذه النتيجة بصفة عامة مع ما توصل إليه عدد من الباحثين (فيشر وتومسون Fisher & Thompson ، ١٩٩٤ ؛ جرانت وكاش Grant & Cash ، ١٩٩٥ ؛ روزين وآخرين Rosen et al. ، ١٩٩٥ أ ؛ روزين وآخرين Rosen et al. ،١٩٩٥ب ؛ شميدت وهارنجتون Schmidt & Harrington ، ١٩٩٥ ؛ فيل وآخرين Veale et al. ، ١٩٩٦أ ؛ سوزان سترومر Stromer ، ١٩٩٨ ؛ إيرين واجونر Waggoner ، ١٩٩٨) والتى أوضحت نتائجهم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط الدرجات التى حصل عليها أفراد المجموعة التجريبية ، ومتوسط الدرجات التى حصل عليها أفراد المجموعة الضابطة فى القياس البعدى لصورة الجسم وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية . وتشير هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج العلاجى المستخدم فى علاج اضطراب صورة الجسم لدى الطالبات ؛ حيث أدى إلى الإقلال من حدة أو شدة الأعراض المرضية التى تمثلت فى انخفاض معدل تفحص الطالبات لأجسامهن فى المرآة أو مقارنة أنفسهن بغيرهم ، وكذلك تخلصهن من عدد كبير من المعتقدات والأفكار السلبية المرتبطة بشكل أو حجم أعضاء معينة من أجسامهن ، والتعريض للمواقف التى كانت تثير ما يرتبط بالمظهر الجسمى من أفكار مختلة والتخلص من القلق المرتبط بصورة الجسم ، وتحسين التوافق النفسى بشكل عام .

النتائج المتعلقة بالفرض الثانى :

ينص الفرض الثانى على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية فى كل من القياسين القبلى والبعدى لصورة الجسم ، وذلك لصالح

القياس البعدى " .

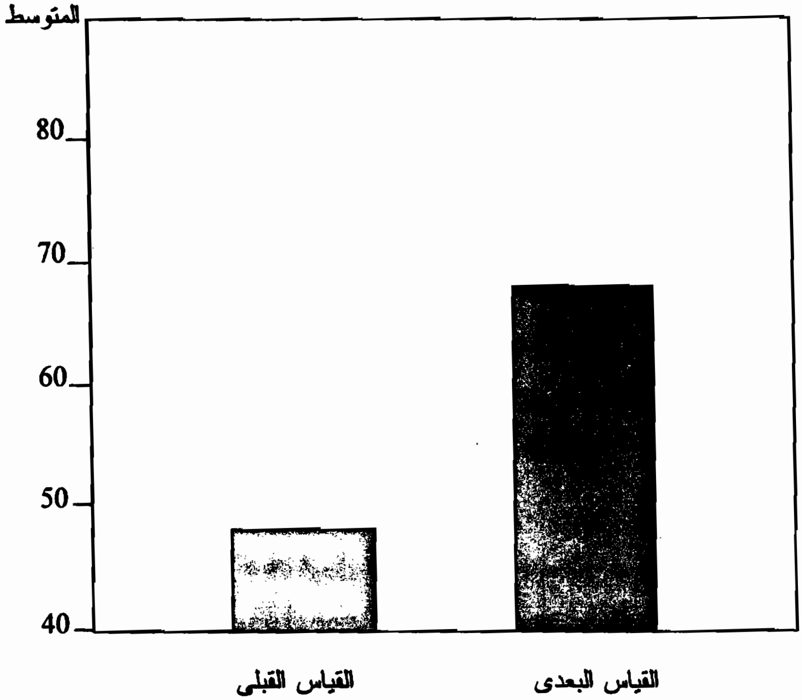
ولاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon كأسلوب لابارامترى يستخدم فى حالة الأزواج المترابطة أو غير المستقلة وذلك حينما تتم مزاوجة المشاهدات فى مجموعتين متناظرتين من البيانات مثل تطبيق الباحث لاختبار قبلى ثم اختبار بعدى على نفس العينة (زكريا الشربينى ، ١٩٩٠ ، ص٢٠٩) ، وذلك للوقوف على دلالة ما قد يطرأ من تغير على درجات أفراد المجموعة التجريبية فى كل من القياسين القبلى والبعدى لصورة الجسم . والجدول التالى يوضح ما توصل إليه الباحث من نتائج فى هذا الصدد .

جدول (٦)

قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى كل من القياسين القبلى والبعدى لصورة الجسم باستخدام اختبار ويلكوكسون (ن = ١٥)

المجموعة التجريبية		العدد	المتوسط الحسابى	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
قبلى / بعدى	الرتب السالبة	صفر	٤٨	صفر	صفر	٣,٤١-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	١٥	٦٩,٣٣	٨	١٢٠		
	التساوى	صفر					
	الاجمالى	١٥					

يتضح من جدول (٦) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط رتب الدرجات التى حصل عليها أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب صورة الجسم فى القياس القبلى ، ومتوسط رتب الدرجات التى حصل عليها نفس الأفراد على نفس المقياس المستخدم وذلك فى القياس البعدى ، وبالرجوع إلى متوسطى درجات الأفراد فى كل من القياسين القبلى والبعدى لمقياس اضطراب صورة الجسم يتضح أن الفرق لصالح القياس البعدى ، والرسم البيانى التالى يوضح ذلك



شكل (٢) رسم بيانى لمتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى كل من القياسين القبلى والبعدى لصورة الجسم

يتضح من الرسم البيانى أن مستوى الرضا عن صورة الجسم ارتفع لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجى مقارنة بمستوى الرضا عن صورة الجسم لديهن قبل تطبيق البرنامج العلاجى مما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجى فى زيادة الرضا عن صورة الجسم لديهن ، وعلى ذلك تتحقق صحة الفرض الثانى .

وتعنى هذه النتيجة انخفاض معدل اضطراب صورة الجسم لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجى المستخدم حيث أدى إلى الإقلال من حدة أو شدة الأعراض المصاحبة لاضطراب صورة الجسم التى تمثلت فى الإقلال من معدل تفحص الطالبات لأجسامهن فى المرآة ، والإقلال من مقارنة أنفسهن بغيرهم ، وشعورهن بالرضا عن شكل ومظهر الجسم ، والاشتراك فى أى عمل مع الآخرين ، والقدرة على التفاعل والتواصل مع الأخرين ، وقد اتضح ذلك من خلال استجابات المفحوصات على مقياس اضطراب صورة الجسم وذلك فى القياس البعدى بعد الانتهاء من البرنامج العلاجى . كما أن اتباع الباحث طوال جلسات البرنامج العلاجى ما أشار إليه عدد كبير من الباحثين للمكونات الثلاث لصورة الجسم

وهى : المكون المعرفى (الذى يشير إلى دقة إدراك الفرد لجسمه والأفكار والمعتقدات التى تتعلق بصورة الجسم) ، والمكون الانفعالى (الذى يشير إلى مشاعر عدم الرضا والانشغال بالأفكار السلبية المشوهة التى تتعلق بالمظهر الجسمى) ، والمكون السلوكى (الذى يركز على تجنب الفرد للمواقف التى تسبب الضيق وعدم الراحة أو المضايقة التى ترتبط بالمظهر الجسمى) زاد من كفاءة البرنامج العلاجى فى تعايل صورة الجسم لدى الطالبات اللاتى يعانين من اضطراب صورة الجسم .

وتتفق هذه النتيجة بصفة عامة مع ما توصل إليه عدد من الباحثين (بوترز وكاش Butters & Cash ، ١٩٨٧ ؛ فيل وآخرون Veale et al. ، ١٩٩٦ب ؛ نزروجلو وآخرين Neziroglu et al. ، ١٩٩٦ ؛ إليوت Eliot ، ١٩٩٨) والتى أوضحت نتائجهم وجود تحسينات دالة لصورة الجسم من مرحلة ما قبل العلاج إلى مرحلة ما بعد العلاج بالنسبة للقياس البعدى ، وتمثلت هذه التحسينات فى انخفاض معدل عدم الرضا عن صورة الجسم ، والشعور بضيق أقل عند النظر فى المرآة ، وانخفاض أعراض اضطراب صورة الجسم ، وارتفاع الأداء الوظيفى العام .

النتائج المتعلقة بالفرض الثالث :

ينص الفرض الثالث على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعة الضابطة فى كل من القياسين القبلى والبعدى لصورة الجسم ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث نفس الإجراء السابق ، ويلخص الجدول التالى ما توصل إليه الباحث من نتائج فى هذا الصدد .

جدول (٧)

قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة فى كل من القياسين القبلى والبعدى لصورة الجسم باستخدام اختبار ويلكوكسون (ن = ١٥)

المجموعة الضابطة		العدد	المتوسط الحسابى	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
قبلى / بعدى	الرتب السالبة	٨	٤٨,١٣	٥,٠٠	٤٠	-١,٣٩	غير دال
	الرتب الموجبة	٢	٤٧,٨٧	٧,٥٠	١٥		
	التساوى	٥					
	الاجمالى	١٥					

يتضح من جدول (٧) عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط رتب الدرجات التى حصل عليها أفراد المجموعة الضابطة على مقياس صورة الجسم فى القياس القبلى ، ومتوسط رتب الدرجات التى حصل عليها نفس الأفراد على نفس المقياس المستخدم وذلك فى القياس البعدى ، ويرجع ذلك إلى أن أفراد المجموعة الضابطة لم يتعرضن لأى جلسات علاجية بمعنى أن عدم التدخل بتوظيف فنيات العلاج النفسى لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم يؤدى إلى عدم حدوث تغير فى الأداء ، وبالتالى يقوم هؤلاء الأفراد بالعديد من الأنماط السلوكية المختلفة لتفحص الجسم كالتفتيش عن العيب المدرك باستخدام المرآة أو القيام بالعديد من الطقوس المتعلقة بالاعتناء بالمظهر أو إجراء المقارنات بين مظهرهن الجسمى ومظهر الآخرين ، ويوجهون الأسئلة لغيرهم حتى يقوموا بتأكيد ذلك لهم ، ويؤكد ذلك ويلز وساندرز Wills & Sanders (١٩٩٧) ؛ حيث يريان أن نسبة غير قليلة من هؤلاء الأفراد يصبحون من جراء ذلك سجناء منازلهم ، ومع ذلك فإن بعضهم يستطيع القيام بقدر محدود من الأداء الوظيفى الاجتماعى والمهنى ، مستخدمين بعض الأساليب التى يمكنهم بمقتضاها تجنب التعريض الكامل لمظهرهم الجسمى على الملأ ؛ وذلك عن طريق ارتداء الملابس التى لا تكشف عن هذا المظهر والاعتناء بأنفسهم وبمظهرهم كما أنهم يغيرون من وضع أجسامهن ومن حركاتهن بطريقة يمكن لها أن تخفى هذا العيب (ص ص ٤٢ – ٤٣) .

ويتفق مع الرأى السابق فيل Veale (٢٠٠١) حيث يرى أن هؤلاء الأفراد تكثر شكواهم من شكل الجسم أو مدى انسيابية ملامح الوجه فى حين ينشغل البعض الآخر بالنمش الذى يرون أنه قد يشوه جلدهم وقد تنشغل أخريات بحجم الثديين أو مدى تناسق حجمهما مع حجم الجسم ، وقد يصدر عن البعض الآخر شكاوى أكثر غموضاً كأن يقلن أن مظهرهن يعد قبيحاً ، ومثل هذه الشكاوى وغيرها تؤدى إلى انشغال الفرد المفرط بهذا الموضوع إلى جانب القلق والانزعاج الذى يعوق الفرد عن أدائه لأعماله العادية أو انسحابه من المواقف الاجتماعية (ص١٢٥). ويؤكد ذلك فيذرستون Featherstone (٢٠٠٢) حيث يرى أن الاعتقادات والأفكار التى تتعلق بصورة الجسم التى تنتشر بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم تتسم بأنها اعتقادات لاعقلانية وأفكار مبالغ فيها ، حيث يعتقد مثل هؤلاء الأفراد بأن لديهم أوجه نقص حقيقية تتعلق بأعضاء الجسم المختلفة ، وفى أحيان كثيرة تكون أفكارهم واعتقاداتهم

غامضة أو مبهمة تماماً وربما تصل إلى عدم وجود شئ أكثر من أن الفرد يشعر أنه قبيح بصفة عامة (ص ٨٢) .

وهذا يؤكد أن التغير الذى حدث للمجموعة التجريبية بين هذين القياسين (القبلى والبعدى) والذى كشفت عنه نتائج الفرض الثانى يرجع فقط إلى البرنامج العلاجى المستخدم ؛ حيث لم يتعرض أفراد المجموعة الضابطة لجلسات هذا البرنامج العلاجى ومن ثم لم يحدث تغير لأفراد تلك المجموعة فى صورة الجسم ، ومن ثم يتضح أن العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم يعد فعالاً فى علاج عدم رضا الأفراد عن أجسامهم أو مظهرهم الجسمى. كما أكدت نتائج العديد من الدراسات التى استخدمته أنه يعد أكثر فاعلية قياساً بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى ؛ حيث يؤدى إلى تحسين صورة الجسم وإلى تحسين التوافق العام .

النتائج المتعلقة بالفرض الرابع :

ينص الفرض الرابع على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية فى كل من القياسين البعدى والتتبعى لصورة الجسم" .

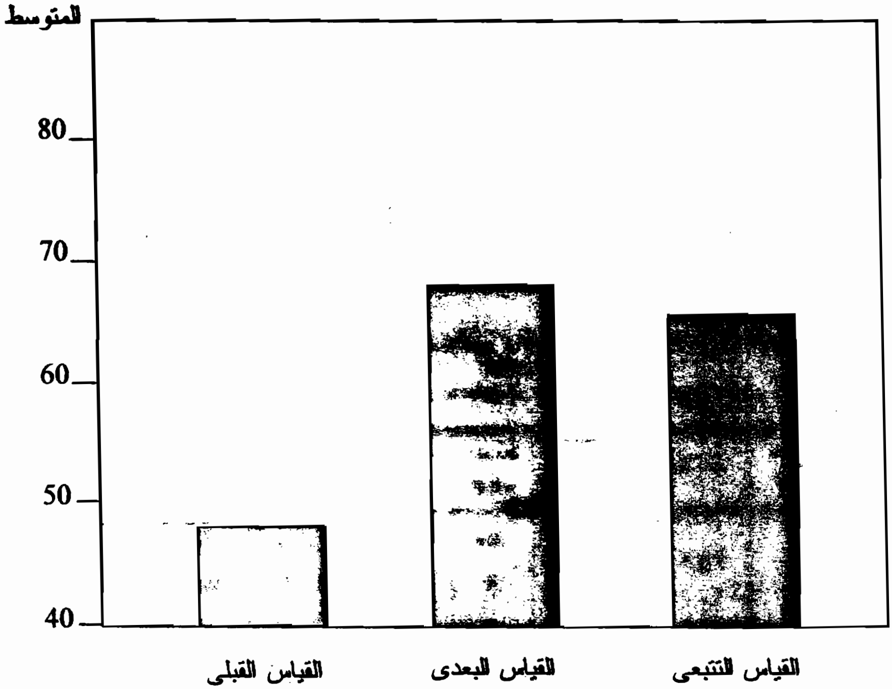
وللتحقق صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon كأسلوب لابارامترى يستخدم فى حالة الأزواج المترابطة أو غير المستقلة وذلك للوقوف على دلالة ما قد يطرأ من تغير على درجات أفراد المجموعة التجريبية فى كل من القياسين البعدى والتتبعى لصورة الجسم . والجدول التالى يوضح ما توصل إليه الباحث من نتائج فى هذا الصدد .

جدول (٨)

قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى كل من القياسين البعدى والتتبعى لصورة الجسم باستخدام اختبار ويلكوكسون (ن = ١٥)

المجموعة التجريبية		العدد	المتوسط الحسابى	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
بعدى / تتبعى	الرتب السالبة	١٣	٦٩,٣٣	٧,٧٣	١٠٠,٥٠	٣,٠٨٦	٠,٠١
	الرتب الموجبة	١	٦٧,٩٣	٤,٥٠	٤,٥٠		
	التساوى	١					
	الاجمالى	١٥					

يتضح من جدول (٨) وجود فرق دال إحصائيا بين متوسط رتب الدرجات التى حصل عليها أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب صورة الجسم فى القياس البعدى ، ومتوسط رتب الدرجات التى حصل عليها نفس الأفراد على نفس المقياس المستخدم وذلك فى القياس التتبعى ، والرسم البيانى التالى يوضح ذلك .



شكل (٣) رسم بيانى لمتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية فى كل من القياس القبلى ، والقياس البعدى ، والقياس التتبعى لصورة الجسم

يتضح من الرسم البيانى أن نتائج القياسين البعدى والتتبعى تكاد تكون واحدة ،وعند مقارنة نتائج هذين القياسين بنتائج القياس القبلى نجد استمرار فاعلية البرنامج العلاجى فى زيادة الرضا عن صورة الجسم . وتعنى هذه النتيجة استمرار فاعلية البرنامج العلاجى المستخدم بعد ثلاثة شهور من انتهائه ويرجع الباحث ذلك إلى تدريب المفحوصات خلال الجلسات الأخيرة من البرنامج العلاجى على استراتيجيات المواجهة المتمثلة فى التحصين ضد الضغوط والتدريب على حل المشكلات وتشجيعهن على تعميم المهارات

المعرفية والسلوكية التى تم اكتسابها خلال جلسات البرنامج العلاجى إلى جوانب أخرى من حياتهن ، والتعامل بفاعلية مع المواقف ذات المخاطر العالية والنكسات المحتملة أو الممكنة الحدوث ، وكل هذه العوامل ساهمت فى منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجى ؛ حيث أسهمت فى استمرار أثر البرنامج أو استمرار كفاءته وفاعليته بعد انتهائه وذلك خلال فترة المتابعة ، مما يعنى أن فاعلية البرنامج العلاجى مازالت مستمرة وأتضح ذلك فى تحسن العديد من السلوكيات المتعلقة بالمظهر الجسمى ، وكذلك التوافق النفسى والاجتماعى بشكل عام .

والخلاصة :

تناول البحث الحالى مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة بهدف التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تعديل التشوه الإدراكى لصورة الجسم وتصحيح الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بعدم الرضا عن المظهر الجسمى وتبصيرهن بالحلول البديلة التى تساعدهن على مواجهة المشكلات وتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى إلى جانب تتبع مدى استمرارية نجاح البرنامج العلاجى فى تحسين إدراك صورة الجسم لدى أفراد العينة .

وقد أظهرت نتائج البحث فاعلية البرنامج العلاجى المستخدم فى تحسين إدراك صورة الجسم ؛ حيث حدث تحسن دال فى صورة الجسم لدى أفراد المجموعة التجريبية ، فشعر هؤلاء الأفراد بالرضا عن المظهر الجسمى واختفاء الأعراض التى تصاحب هذا الاضطراب ، كذلك أوضحت النتائج استمرار حدوث التحسن الدال فى صورة الجسم فى القياس التتبعى ، وتدعم هذه النتائج التى تم التوصل إليها استخدام العلاج المعرفى السلوكى فى علاج المشاكل التى تتعلق بصورة الجسم ، ومن ثم يمكن القول بأن العلاج المعرفى السلوكى يكون أكثر فاعلية وتأثيراً إذا استهدف معتقدات الفرد بشأن مظهره أو على وجه الدقة افتراضاته أو المعنى الذى يدور حول كونه ذو عيب وكذلك أهمية مظهره بالنسبة لهويته أو كينونته . وينبغى أن يبدأ الباحثون فى التركيز على مجالين يتعلقان بالبحث والتطبيق هما :

أولاً: التركيز على الجانب الوقائى لاضطراب صورة الجسم وذلك مع المراهقين ومن هم تحت سن العشرين ، وذلك من خلال عرض المعلومات وعوامل الخطر وتاريخ بدء حدوث الاضطراب وتوجيه النصح وتعلم المهارات التي تتعلق بهذا الموضوع .

ثانياً: المواجهة العملية للرأى السائد فى مجتمعنا بأن الإنـــاث يجـــب أن يكـــن أكثـــر نحافـــة لكى يكن أكثر جاذبية ، وكيفية تجاهل التوقعـــات اللاعقلانيـــة التـــى تؤيـــدها وتزيـــدها العوامل الثقافية والاجتماعية وكيفية التدخل لتغيير الارتبـــاط أو الاقتـــران القـــائم بـــين النحافـــة وعمليـــة القبـــول والجـــذب التـــى تصـــورها الإعلانـــات ، والمسلســـلات التليفزيونية ، والأفلام السينمائية . وفى حالـــة عـــدم التوصـــل إلـــى إجابـــات قاطعـــة لهذه الموضوعات أو القضايا فـــإن اضـــطراب صـــورة الجســـم ســـوف يـــزداد لـــدى الإناث ومن ثم يتعرضون للمزيد مـــن الاضـــطرابات النفســـية الوثيقـــة الصـــلة بهـــذا الاضطراب .

المراجع

أولاً : المراجع العربية

١- إبراهيم على إبراهيم ، مايسة أحمد النيال (١٩٩٤) . صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية " دراسة سيكومترية مقارنة لدى عينة من طالبات جامعة قطر " . دراسات نفسية ، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) . المجلد الرابع، العدد الأول ، ص ص ١-٤٠ .

٢- جان سكوت ، مارك وليامز ، آرون بيك (ترجمة) حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠٢) . العلاج المعرفى والممارسة الإكلينيكية . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

٣- حسين على فايد (١٩٩٩) . صورة الجسم والقلق الاجتماعى وفقدان الشهية العصبى لدى الإناث المراهقات . المجلة المصرية للدراسات النفسية ، المجلد التاسع ، العدد (٢٣) ، ص ص ١٨٠ - ٢٢٣ .

٤- زكريا الشربينى (١٩٩٠) . الإحصاء اللابارامترى فى العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

٥- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) . العلاج المعرفى السلوكى : أسس وتطبيقات . القاهرة : دار الرشاد .

٦- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) . العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث : أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع .

٧- علاء الدين كفافى ، مايسة أحمد النيال (١٩٩٦) . صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات " دراسة ارتقائية ارتباطية عبر ثقافية ". مجلة علم النفس ، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد التاسع والثلاثون ، ص ص ٦-٤٣ .

٨- غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠) . مقياس الاكتئاب (د-٢) BDI-II . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

٩- مجدى محمد الدسوقى (٢٠٠٢) . فقدان الشهية العصبى من حيث علاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى عينة من طالبات الجامعة . مجلة كلية

التربية ، جامعة عين شمس ، العدد السادس والعشرون (الجزء الثانى) ، ص ص ١٣٩ – ٢٢٦ .

١٠- مجدى محمد الدسوقى (٢٠٠٣) . استخبار شكل الجسم المعدل . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

١١- مجدى محمد الدسوقى (٢٠٠٣) . اختبــار الشره أو النهم العصبى المعدل . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

١٢- مجدى محمد الدسوقى (٢٠٠٣) . اختبار اتجاهات الأكل . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

١٣- محمد بيومى خليل (٢٠٠٠) . مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى المطور للأسرة . فى محمد بيومى خليل : سيكولوجية العلاقات الأسرية . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

١٤- محمد محروس الشناوى ، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) العلاج السلوكى الحديث : أسسه وتطبيقاته . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

ثانيا: المراجع الأجنبية:

15-Albertini, R. S., & Phillips, K. A. (1999). Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescence . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 38(4), PP. 453-459*.

16-American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition, DSM-III-R).* Washington, DC: APA.

17-American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, DSM-IV).* Washington, DC:APA.

18-Barber, N. (2001). Gender differences in effects of mood on body image. *Sex Roles : A Journal of Research, Vol. 44(1), PP. 99-108*.

19-Barlow, D. H., & Durand, V. M. (1999). *Abnormal psychology: An integrative approach.* New York: Brooks/Cole Publishing Company.

20-Botta , R. A. (1999). Television images and adolescent girls' body image disturbance. *Journal of Communication, Vol. 49(2), PP. 22-41*.

21- Brown, T. A. ; Cash, T.F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the body-self relations questionnaire. *Journal of Personality Assessment, Vol. 55(1&2), PP. 135-144.*

22- Buhlman, U. ; McNally, R. ; Wilhelm, S., & Florin, I. (2002). Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, Vol. 16(3), PP. 289-298* .

23- Butters, J. W., & Cash, T.F. (1987). Cognitive- behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 55, PP. 889-897.*

24- Calam, R. (1999). Eating disorders, Self-image disturbance and maltreatment. In N. Tarrier ; A. Wells et al. (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive behavioral therapy approach. Wiley series in clinical psychology (pp. 131-154).* Chichester, England UK: American Ethnological Press.

25- Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance : Aesthetics, attributes, and images. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images : Development, deviance, and change (pp. 51-79).* New York : Guilford Press..

26- Cash, T. F. (1994a). *Users' manual for the multidimensional body-self relations questionnaire.* Norfolk, VA : Old Dominion University.

27- Cash, T.F. (1994b). The situational inventory of body image dysphoria: Contextual assessment of a negative body image. *The Behavior Therapist, Vol. 17, PP. 133-134* .

28- Cash, T.F. (2002). *Body image therapy.* London : Routledge

29- Cash, T. F., & Henry, P. E. (1995). Women's body images : The results of a national survey in the USA. *Sex Roles, Vol. 33, PP. 19-28* .

30- Cash, T. F., & Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the body-image ideals questionnaire . *Journal of Personality Assessment, Vol. 64(3), PP. 466-477* .

31- Cash, T. F., & Lavallee, D.M. (1997). Cognitive behavioral body-image therapy : Extended evidence of the efficacy of a self directed program. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, Vol. 15(4), PP. 281 – 294* .

32- Cash, T. F., & Grant, J. R. (1996). Cognitive behavioral treatment of body-image disturbances. In V.B. Van Hasselt; M. Hersen et al. (Eds.),

Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders (pp. 567-614). New York : Plenum Press .

33- Cash, T. F.; Lewis, R. J., & Keeton, P. (1987). *Development and validation of the body-image automatic thoughts questionnaire: A measure of body-related cognitions.* Paper presented at the meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, GA.

34- Cash, T.F. ; Winstead, B. W., & Janda, L. H. (1986). The great American shape-up : Body image survey report. *Psychology Today, Vol. 20, PP. 30-37.*

35- Cooper, P. J. ; Taylor, M. J. ; Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987) . The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 6, PP. 485-494.*

36- Dworkin, S. H., & Kerr, B. A. (1987). Comparison of interventions for women experiencing body image problems. *Journal of Counseling Psychology, Vol. 34, PP. 136-140.*

37- Eliot, A. B. (1998). Enhancing women's body image : A comparison of treatment interventions. *Dissertation Abstracts International, Vol. 59(3-B), P. 1356.*

38- Featherstone, M. (2002).*Body modification.* London : Routledge .

39- Fisher, E., & Thompson, J. K. (1994). A comparative evaluation of cognitive-behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance : Preliminary findings. *Behavior Modification, Vol. 18(2), PP. 171-185 .*

40- Gleaves, D.H.; Williamson, D. A. ; Eberenz, K.P.; Sebastian, S. B., & Barker, S. E. (1995). Clarifying body-image disturbance : Analysis of a multidimensional model using structural modeling. *Journal of Personality Assessment, Vol. 64(3), PP. 478-493 .*

41- Grant, J., & Cash, T. F. (1995). Cognitive-behavioral body-image therapy: Comparative efficacy of group and modest-contact treatments. *Behavior Therapy, Vol. 26, PP. 69-84 .*

42- Grogan, S. (1999). *Body image*. London: Routledge .

43- Halgin, R. P.,& Whitbourne, S. K. (1997). *Abnormal psychology: The human experience of psychological disorders.* London : Brown & Benchmark.

44- Haworth – Hoeppner, S. (2000). The critical shapes of body image : The role of culture and family in the production of eating disorders . *Journal of Marriage and the Family, Vol. 62(1), PP. 212-227*.

45- Hsu, L. K. (1989). The gender gap in eating disorders : Why are the eating disorders more common among women? . *Clinical Psychology Review, Vol. 9, PP. 393-407*.

46- Jackson, L. A. (1992). *Physical appearance and gender : Sociobiological and sociocultural perspectives.* Albany : SUNY Press .

47- Kamo, T., & Kasahara, T. (1998). Long-term outcome and comorbidity in eating disorders. *Seishin – Igaku Clinical Psychiatry, Vol. 40(3), PP. 234-246.*

48- Lacey, J. H., & Birtchnell, S. A. (1986). Body image and its disturbances. *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 30, PP. 623-631*.

49- McElroy, S. L. ; Phillips, K. A.; Keck, P. E. ; Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1993). Body dysmorphic disorder : Does it have a psychotic subtype?. *Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 54, PP. 389-395.*

50- McKinley, N. M. (1999). Women and objectified body consciousness : Mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context. *Developmental Psychology, Vol. 35, PP. 760-769.*

51- Neziroglu, F. A., & Yaryura -Tobias, J. A. (1993). Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy, Vol. 24(1), PP. 431-438.*

52- Neziroglu, F.A. ; Mckay, D. ; Todaro, J. ; Yaryura –Tobias, J. A., & Jose, A. (1996). Effect cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnosis. *Behavior Therapy, Vol. 27(1), PP. 67-77*.

53- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, Vol. 1, PP. 267-278*.

54- Peters, M. A., & Phelps, L. (2001). Body image dissatisfaction and distortion, steriod use , and sex differences in college age body builders. *Psychology in the Schools, Vol. 38(3), PP. 283-289.*

55- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder : The distress of imagined ugliness . *American Journal of Psychiatry, Vol. 148, PP 1138-1149*

56- Phillips, K. A. (2000). Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 188, PP. 170-175*.

57-Rosen, J. C. (1997). Cognitive – behavioral body image therapy. In D. M. Garner ; P. E. Garfinkel et al. (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed. PP. 188-201)*. New York : The Guilford Press .

58-Rosen, J. C. ; Saltzberg, E., & Srebnik, D. (1989). Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy Vol. 20(3), PP. 393-404*.

59-Rosen, J. C.; Cado, S. ; Silberg, N. T. ; Srebnik, D. et al. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy, Vol. 21(4), PP. 481-498*.

60-Rosen, J. C. ; Srebnik, D. ; Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment, Vol. 3, PP. 32-37*.

61-Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, Vol. 2(1), PP. 143-166*.

62-Rosen, J. C. ; Orosan, P., & Reiter, J. (1995a). Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63(2), PP. 263-269*.

63-Rosen, J. C. ; Orosan, P., & Reiter, J. (1995b). Cognitive behavioral body image therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy, Vol. 26(1), PP. 25-42*.

64-Schlundt, D. G., & Bell, C. (1993). Body image testing system : A microcomputer program for assessing body image. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Vol. 15, PP. 267-285*.

65-Schmidt, N. B., & Harrington, P. (1995). Cognitive behavioral treatment of body dysmorphic disorder : A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 26(2), PP. 161-167*.

66-Silberstein, L. R.; Striegel-Moore, R. H.; Timko, C., & Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ?. *Sex Roles, Vol. 19, PP. 219-231*.

67-Snow, S. T. (2000). Fostering positive body image in children and youth.

Reclaiming Children and Youth, Vol. 9(3), PP. 187-190.

68-Strachan, M. D., & Cash, T. F. (2002). Self-help for a negative body image: A comparison of components of a cognitive-behavioral program. *Behavior Therapy, Vol. 33, PP. 235-251.*

69-Striegel-Moore, R. H. ; Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist, Vol. 41, PP. 246-263*.

70-Stromer, S. M. (1998). The cross gender effects of an experimental media-focused psychoeducation program (body image). *Dissertation Abstracts International, Vol. 59(11-B), P. 6080*.

71-Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance : Assessment and treatment.* New York : Pergamon Press .

72-Thompson, J. K. ; Penner, L. A., & Altabe, M. N. (1990). Procedures, problems, and progress in the assessment of body images . In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images : Development, deviance, and change (pp. 21-48).* New York : Guilford Press .

73-Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women : The role of self-objectification. *Developmental Psychology, Vol. 37(2), PP. 243-253.*

74-Veale, D. (2001). Cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder . *Advances in Psychiatric Treatment, Vol. 7, PP. 125-132* .

75-Veale, D. ; Gournay, K. ; Dryden, W. ; Boocok, A. ; Shan, F. ; Willson, R., & Walburn, J. (1996a). Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial . *Behaviour Research and Therapy, Vol. 34(9), PP. 717-729* .

76-Veale, D.; Gournay, K. ; Boocok, A. ; Dryden, W. ; Shan, F. ; Willson, R., & Walburn, J. (1996b). Body dysmorphic disorder : A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry, Vol. 169, PP. 196-201* .

77-Waggoner, I. R. (1998). Cognitive – behavior therapy and cognitive therapy for body image awareness in sixth grade females. *Dissertation Abstracts International Vol . 59(11-A), P. 4060* .

78-Williamson, I. (1999). Why are gay men a high risk group for eating disturbance?. *European Eating Disorders Review, Vol. 7(1), PP. 1-14.*

79-Wills, F., & Sanders, D. (1997). *Cognitive therapy : Transforming the image.* London : Sage Publications Ltd .

ملحق (١)

مقياس اضطراب صورة الجسم

إعداد : د. مجدى محمد الدسوقى

بيانات أولية :

الاســـــم : ....

المدرسة / الكلية :..

تاريخ الميـــلاد :..

تاريخ الإجــراء :..

بيانـــــات أخرى: ....

تعليمات :

يعرض عليك فيما يلى مجموعة من العبارات التى تحدد وجهة نظـرك حـول نفســك ، ويوجد أمام كل عبارة مجموعة من الاختبارات هى : دائماً ، وغالباً ، وأحياناً، ونادراً ، وأبداً.

المطلوب منكِ :

- قراءة كل عبارة بدقة ثم تقررين إلى أى مدى تنطبق عليك شخصياً وذلك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليك ، وأن يكون اختيارك من واقع خبرتك الشخصية .
- التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختارى الإجابة عليها .
- لا تنس أن تجيبى على كل العبارات المكونة للمقياس .

لاحظى أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تُعد صحيحة – فقط – طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة ، والشىء الوحيد الذى ينبغى الاسترشاد به فى إجابتك هو معرفتك الخاصة بنفسك ، ومما يجب التأكيد عليـه أن البيانـات التـى يـتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة ولا تسـتخدم فى غير أغراض البحث العلمى ؛ لذلك يجب أن تكونى أمينة فى استجابتك على هذه العبارات .

وشكراً على تعاونك ،،،

م	العبــــــــارة	دائماً (٤)	غالباً (٣)	أحياناً (٢)	نادراً (١)	أبداً (صفر)
١	أهتم بمظهرى قبل الخروج من المنزل..............					
٢	أحرص على ارتداء الملابس التى تجعلنى أنيقة أمام الآخرين..					
٣	شكلى أنيق وجذاب					
٤	أحب مظهرى كما هو عليه الآن...................					
٥	أفحص مظهرى فى المرآة كلما سنحت لى الفرصة					
٦	لا أهتم بأناقتى قبل الخروج من المنزل.............					
٧	يعتبرنى الآخرون جميلة الشكل أو وسيمة................					
٨	من المهم أن يبدو شكلى جميلاً أو وسيماً أمام الآخرين......					
٩	استخدم القليل جداً من أدوات التجميل أو المكياج............					
١٠	أشعر بالخجل إذا كان هندامى ليس على ما يرام............					
١١	أرتدى الملابس المتاحة لى دون الاهتمام بالطريقة التى سأبدو عليها					
١٢	أحرص على ارتداء الملابس التى تكون حسب مقاسى بالضبط					
١٣	لا أبالى برأى الآخرين بخصوص مظهرى					
١٤	أشعر بالرضا عن مظهرى العام...................					
١٥	أحاول باستمرار أن أحسن من مظهرى الجسمى.........					
١٦	تقاطيع جسمى متناسقة للغاية....................					
١٧	أشعر بالقلق من زيادة وزنى....................					
١٨	اهتم بمزاولة الألعاب الرياضية..................					
١٩	لا أفكر مطلقاً فى مظهرى العام					
٢٠	لا أرتدى الملابس التى توضح معالم جسمى مثل المايوهات ، والشورتات ، والبنطلونات الضيقة ... الخ..............					
٢١	أفحص أو أتبين مظهرى فى المرآة كلما سنحت الفرصة......					

م	العبـــــارة	دائماً (٤)	غالباً (٣)	أحياناً (٢)	نادراً (١)	أبداً (صفر)
٢٢	لا تعجبنى بنية أو قوام جسمى..................	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٢٣	أشعر أن أجزاء جسمى متناسقة	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٢٤	أخشى أن أبدو سخيفة أو مثيرة للسخرية أمام الآخرين.........	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٢٥	أنا غير جذابة من الناحية الجسمية	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٢٦	أشعر بالرضا عن ملامح وجهى........................	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٢٧	أشعر بالرضا عن لون بشرتى	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٢٨	أشعر بالرضا عن شعرى(الطول ، واللون ، والكثافة)......	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٢٩	أشعر بالرضا عن المنطقة السفلية مـن جسـمى (الـردفين ، والفخذين ، والساقين)................................	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٣٠	أشعر بالرضا عن منطقة الخصر والبطن.................	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٣١	أشعر بالرضا عن المنطقة العلوية من الجسم (الصدر، والكتفين، والذراعين)..	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٣٢	اشعر بالرضا عن شكل جسمى أو قوامى....................	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٣٣	أشعر بالرضا عن وزنى	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٣٤	أشعر بالرضا عن طولى	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ

المفردات التى تحمل أرقام (٦ ، ١١ ، ١٣ ، ١٩ ، ٢٢ ، ٢٤ ، ٢٥) تصحح فى الاتجاه العكسى للدرجات .

ملحق (٢)

قائمة تخطيطات المظهر

(قائمة الأبنية المعرفية للمظهر)

The Appearance Schemas Inventory

إعداد : كاش وجرانت Cash & Grant (١٩٩٦) تعريب : د. مجدى محمد الدسوقى

بيانات أولية :

الاســـــم : ....

المدرسة / الكلية :..

تاريخ الميـــلاد :..

تاريخ الإجـــراء :..

بيانـــــات أخرى: ....

م	العبــــــــارة	أعارض بشدة (١)	أعارض (٢)	محايد (٣)	موافق (٤)	موافق بشده (٥)
١	مظهرى أهم شئ فى حياتى..........................					
٢	ما يعيب مظهرى هو أول ما يلاحظه الآخرون فى.........					
٣	يُعبر المظهر الخارجى للفرد عن شخصيته................					
٤	تكون حياتى أكثر سعادة إذا ظَهَرت كما أرغب...........					
٥	إذا عرف الآخرون حقيقة مظهرى سيقل إعجابهم بى.........					
٦	ضبط مظهرى يمكننى من التحكم فى الكثيـر مـن الأحـداث الاجتماعية و العاطفية فى حياتى......................					
٧	مظهرى هو المسئول إلى حد كبير عن الكثير مما يحدث لـى من معاناة..					
٨	ينبغى علىّ أن أفعل أقصى ما أستطيع حتى أبدو فـى أحسـن صورة ممكنة...........................					
٩	التقدم فى السن يجعلنى أقل جاذبية........................					
١٠	حتى أكون مرغوبة من الآخرين يجب أن أتمتع بدرجة عاليـة من الجمال..					
١١	الرسائل التى تبثها وسائل الإعلام تجعلنى أشعر بعدم الرضـا عن مظهرى					
١٢	لكى أحب مظهرى أو أكون راضية عنه يجـب تغييـر هـذا المظهر					
١٣	حُسن مظهر الفرد يستحوذ على انتباه الجميع..............					
١٤	عُزلة الفرد عن الآخرين أو ابتعاده عنهم لا يجلب له السعادة..					

ملحق (٣)

استخبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد

Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

إعداد : كاش Cash (١٩٩٤ أ) تعريب وتقنين د. مجدى محمد الدسوقى

بيانات أولية:

الاســـــم : ______________________________

الكليـــــة : ______________________________

تاريخ الميلاد : ______________________________

تاريخ الإجراء : ______________________________

بيانات أخرى : ______________________________

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تحدد وجهة نظرك حول نفسك ، ويلى كل عبارة مجموعة من الاختيارات .

المطلوب منك :

- قراءة كل عبارة بدقة ثم تقررين إلى أى مدى تنطبق عليك شخصياً وذلك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليك ، وأن يكون اختيارك من واقع خبرتك الشخصية .
- التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختارى الإجابة عليها .
- لا تتركين عبارة دون الإجابة عليها .
- لاحظى أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تُعد صحيحة – فقط – طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة .

ومما يجب التأكد عليه أن البيانات التى يتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للاستخبار تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم فى غير أغــراض البحــث العلمى .

وشكراً على تعاونك ،،،

م	العبـــــارات	لا أوافق تماما (١)	لا أوافق غالبا (٢)	لا أوافق ولا أعارض (٣)	أوافق غالبا (٤)	أوافق تماما (٥)
١	أهتم دائماً بمظهرى قبل الخروج من المنزل............	......	.....	......	.....	.....
٢	أحرص على شراء الملابس التى تجعلنى أبدو أنيقة أمام الآخرين...	......	.....	......	.....	.....
٣	أشعر أن لياقتى البدنية جيدة..........................	......	.....	......	.....	
٤	من المهم أن أكون لائقة بدنياً..........................	......	.....	......	.....	.....
٥	شكلى أنيق وجذاب...................................	......	.....	......	.....	.....
٦	لست مشتركة فى أى نشاط رياضى منتظم............	......	.....	......	.....	.....
٧	أحافظ على صحتى العامة قدر المستطاع.............	......	.....	......	.....	.....
٨	أعرف كثيراً عما يؤثر سلبياً فى صحتى العامة..........	......	.....	......	.....	.....
٩	أتبع الأسلوب الصحى فى حياتى........................	......	.....	......	.....	.....
١٠	أشعر بالقلق من زيادة وزنى............................	......	.....	......	.....	.....
١١	أحب مظهرى كما هو عليه الآن	......	.....	......	.....	.....
١٢	أفحص أو أتبين مظهرى فى المرآة كلما سنحت الفرصة.....	......	.....	......	.....	.....
١٣	أهتم بأناقتى جيداً قبل الخروج من المنزل.............	......	.....	......	.....	.....
١٤	حالتى البدنية جيدة..	......	.....	......	.....	.....
١٥	لا أهتم بمزاولة الألعاب الرياضية.......................	......	.....	......	.....	.....
١٦	لا أبذل مجهوداً كبيراً حتى أحافظ على لياقتى البدنية.....	......	.....	......	.....	.....
١٧	حالتى الصحية لا تسير على وتيرة واحدة فأحياناً جيدة ، وأحياناً أخرى سيئة..............................	......	.....	......	.....	.....
١٨	الاهتمام بصحتى من أبرز أولويات حياتى............	......	.....	......	.....	.....
١٩	لا أقوم بعمل أى شئ قد يؤثر فى صحتى..............	......	.....	......	.....	.....
٢٠	أعى جيداً التغير الذى يحدث فى وزنى................	......	.....	......	.....	.....
٢١	يعتبرنى الآخرون جميلة الشكل أو وسيمة..............	......	.....	......	.....	.....
٢٢	من المهم أن يبدو شكلى جميلاً أو وسيماً...............	......	.....	......	.....	.....
٢٣	استخدم القليل جداً من أدوات التجميل..................	......	.....	......	.....	.....
٢٤	أتعلم التمارين الرياضية بسهولة........................	......	.....	......	.....	.....
٢٥	لا أهتم كثيراً بأن أكون لائقة بدنياً........................	......	.....	......	.....	.....
٢٦	أمارس تمرينات رياضية شاقة لرفع لياقتى البدنية......	......	.....	......	.....	.....

م	العبـــــارات	لا أوافق تماما (١)	لا أوافق غالبا (٢)	لا أوافق ولا أعارض (٣)	أوافق غالبا (٤)	أوافق تماما (٥)
٢٧	نادراً ما أصاب بالمرض................	......	......	......	......	......
٢٨	لا أهتم بصحتى اهتماماً حقيقياً....................	......	......	......	......	......
٢٩	أحرص على قراءة الكتب والمجـلات التـى تتعلـق بالصحة....................................	......	......	......	......	......
٣٠	أعجب بمظهرى عندما لا أكون مرتدية ملابسى.........	......	......	......	......	......
٣١	أشعر بالخجل إذا كان هندامى ليس على ما يرام........	......	......	......	......	......
٣٢	أرتدى عادة الملابس المتاحة لى دون الاهتمام بالمظهر	......	......	......	......	......
٣٣	أدائى يكون سيئاً عند ممارسة الألعاب الرياضية.........	......	......	......	......	......
٣٤	نادراً ما أفكر فى تنمية مهاراتى الرياضية.............	......	......	......	......	......
٣٥	أحاول باستمرار تحسين لياقتى البدنية..............	......	......	......	......	......
٣٦	من يوم لآخر ، لا أعرف الطريقة التى سيبدو عليها جسمى....................................	......	......	......	......	......
٣٧	عندما أكون مريضة لا أعتنى كثيراً بالأعراض المرضية....................................	......	......	......	......	......
٣٨	لا أهتم كثيراً بتناول وجبة متوازنة وصحية.............	......	......	......	......	......
٣٩	أحب ارتداء الملابس التى تكون حسب مقاسى بالضبط	......	......	......	......	......
٤٠	لا أبالى برأى الآخرين بخصوص مظهرى..............	......	......	......	......	......
٤١	أعتنى جيداً بشعرى....................................	......	......	......	......	......
٤٢	لا تعجبنى بنية أو قوام جسمى........................	......	......	......	......	......
٤٣	لا أهتم بتحسين قدراتى عند ممارسة الأنشطة البدنية....	......	......	......	......	......
٤٤	أحاول أن أكون نشيطة من الناحية البدنية	......	......	......	......	......
٤٥	أشعر غالباً بأننى عُرضة للإصابة بالأمراض..........	......	......	......	......	......
٤٦	أنتبه جيداً عند ظهور أى أعراض مرضية.............	......	......	......	......	......
٤٧	إذا أصبت بنوبة برد أو أنفلونزا ، فإننى أتجاهل ذلك وأستمر فى ممارسة حياتى العادية..................	......	......	......	......	......
٤٨	أنا غير جذابة من الناحية الجسمية..................	......	......	......	......	......
٤٩	لا أفكر مطلقاً فى مظهرى العام......................	......	......	......	......	......
٥٠	أحاول دائماً أن أحسن من مظهرى الجسمى...........	......	......	......	......	......
٥١	تقاطيع جسمى متناسقة للغاية........................	......	......	......	......	......

م	العبارات	لا أوافق تماما (١)	لا أوافق غالبا (٢)	لا أوافق ولا أعارض (٣)	أوافق غالبا (٤)	أوافق تماماً (٥)
٥٢	أعرف الكثير عن لياقتي البدنية................................	......	......	......	......	......
٥٣	أمارس نشاطاً رياضياً بانتظام طوال العام............	......	......	......	......	......
٥٤	صحتي الجسمية جيدة..................................	......	......	......	......	......
٥٥	أنا على وعي كامل بالتغيرات القليلة التي تطرأ على صحتي البدنية....................................	......	......	......	......	......
٥٦	عند أول بادرة للمرض أذهب إلى الطبيب فوراً.........	......	......	......	......	......
٥٧	أواظب على تناول الوجبات التي تقلل الوزن............	......	......	......	......	......

العبارات التي تحمل أرقام : (٦ ، ١٥، ١٦ ، ١٧ ، ٢٣ ، ٢٥ ، ٢٨ ، ٣٠ ، ٣٢ ، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٧ ، ٣٨ ، ٤٠ ، ٤٢ ، ٤٣ ، ٤٥ ، ٤٧ ، ٤٨ ، ٤٩) تصحح في الاتجاه العكسي للدرجات

٥٨- محاولة إنقاص الوزن باتباع نظام غذائي صارم :

١- لم أفعلها قبل ذلك

٢- أفعلها نادراً

٣- أفعلها أحياناً

٤- أفعلها غالباً

٥٩- أعتقد أنني

١- رشيقة

٢- رشيقة إلى حد ما

٣- وزني عادي وطبيعي

٤- بدينة

٥- بدينة جداً

٦٠- عندما يشاهدني معظم الناس يعتقدون أنني :

١- رشيقة

٢- رشيقة إلى حد ما

٣- وزني طبيعي وعادي

٤- بدينة إلى حد ما

٥- بدينة جداً

فيما يلى مجموعة من العبارات التى توضح إلى أى مدى تكون راضية عن كل جزء من أجــزاء جسمك :

م	العبارات	غير راضية تماماً (١)	غير راضية فى معظم الأحيان (٢)	لست راضية أو غير راضية (٣)	راضية فى معظم الأوقات (٤)	راضية جداً (٥)
٦١	الوجه (ملامح الوجه ولون البشرة)	......	.....	......	.....	.....
٦٢	الشعر (اللون ، والكثافة ، والطبيعة)	......	.....	......	.....	.....
٦٣	المنطقة السفلية من الجسم (الردفين ، والفخذين ، والساقين)	......	.....	......	.....	.....
٦٤	منتصف الجسم (الخصر ، والمعدة)	......	.....	......	.....	.....
٦٥	المنطقة العلوية من الجسم (الصدر سواء للذكر أم الأنثى ، والكتفان والذراعان)	......	.....	......	.....	.....
٦٦	تناسق العضلات..	......	.....	......	.....	.....
٦٧	الوزن..	......	.....	......	.....	.....
٦٨	الطول..	......	.....	......	.....	.....
٦٩	المظهر العام أو الشكل العام..............................	......	.....	......	.....	.....